

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

Bu özel şartlar 30.06.2012 tarihi itibari ile geçerli olup, Kurumsal Sağlık Sigortası poliçesinin ayrılmaz bir parçasıdır.

## MADDE 1 SİGORTA KONUSU

Bu sigorta sözleşmesi uyarınca YAPI KREDİ SİGORTA A.Ş. (bundan sonra 'sigortacı' olarak geçecektir), Kurumsal Sağlık Sigortası kapsamına dahil kurumdaki (bundan sonra 'sigortalı şirket' olarak geçecektir) personelin ve/veya aile bireylerinin (bundan sonra 'sigortalı' olarak geçecektir) poliçe başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek olan bir kaza veya hastalıkla ilgili ve poliçede tanımlı teminatlar kapsamındaki harcamalarını işbu özel şartlar dahilinde karşılar.

Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.

Poliçedeki teminatlar sadece poliçede veya zeynelmelerde belirtilen sigortalılar için ayrı ayrı limitlerle geçerli olup, bunun dışındaki kişiler sigorta teminatlarından yararlanamazlar. Ayrıca, aile kapsamındaki sigortalılar tedavileri ile ilgili belgeleri poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettiremezler.

Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları, Türk Ticaret Kanunu'nun ilgili maddeleri ve Sağlık Sigortası Genel Şartları gereğince düzenlenmiş olup, teknik esas ve özel şartları dışında kalan konular bakımından adı geçen genel şartlara bağlıdır. Ancak Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 3'ün [a] bendinde istisna tutulan zelzele, sel, yanardağ püskürmesi ve toprak kayması vb. doğal afetler nedeniyle oluşabilecek tedavi giderleri 1.000 TL muafiyetle teminat kapsamına alınmıştır.

## MADDE 2 SİGORTA TEMİNATLARI

Aşağıda tanımlanan teminatlardan sadece poliçede yer alan teminatlar değerlendirilmelidir. Kurumsal Sağlık Poliçesi'nin alınabilmesi için Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatının poliçede bulunması gerekmektedir.

### A. YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI GRUBU

#### 1- YURT İÇİ HASTANE HİZMETLERİ

Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı tüm planlar için geçerlidir. Bu teminat, tıbben gerekli olması ve doktorun yatış nedenini ayrıntılı raporunda belirtmesi şartıyla, hastanede gerçekleşen yatarak tedavileri, ameliyatlara, küçük müdahaleleri veya sigortalının hastaneye başvurusuna neden olan acil sağlık durumunun (hayati bir tehlikeye neden olabilecek rahatsızlık belirtileri) teşhisine yönelik işlemlerin giderlerini özel ve genel şartlara uygun olarak güvence altına alır.

Sigortalının hastaneye başvurusuna neden olan acil sağlık durumunun (hayati bir tehlikeye neden olabilecek rahatsızlık belirtileri) teşhisine yönelik giderler, %80'li olarak bu teminat kapsamındadır.

Hastanede yatarak tedavi sırasında gerçekleşen; hastane odası [tek yataklı standart odanın (suite oda tercih edilmesi halinde tüm ilgili giderler standart oda kadar) günlük ücretine kadar], yemek, refakatçi, doktor, ilaç, teşhis yöntemleri (tahlil, röntgen vb.), ameliyathane, operatör, asistan, anestezi uzmanı, hemşire (özel hemşire hariç), yoğun bakım, her türlü sarf edilen

malzeme giderleri, poliçede belirtilen teminat yüzdesi ile kapsam dahilindedir.

Sigorta yılı içinde teminat altına alınan hastanede yatış süresi 180 gün olup, yoğun bakımda yatış süresi bu süre içinde 90 gün ile sınırlıdır.

Sağlık kurumlarında doktor gözetiminde gerçekleştirilmesi gereken kemoterapi, radyoterapi, koroner anjiyografi, diyaliz ve böbrek taşı kırma (ESWL) giderleri, bu teminat kapsamında sigortalının ikinci yılından itibaren karşılanır. (Ancak, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz vb. tedavilerin komplikasyonlarını engelleme amaçlı ilaçlar, poliçede yazılı ilaç teminatı ve yüzdesi dahilinde karşılanır.)

Ameliyat için zorunlu protezlerin giderleri (kalp kapağı, kalça protezi vb.) bu teminat kapsamında karşılanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra, kaza sonucu ortaya çıkan bir durumun gerektirmesi durumunda (göz, el, kol, bacak) suni uzuvlarının giderleri, resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartıyla, olay başına 5.000 TL'sına kadar bu teminat dahilinde karşılanır.

Sigortacı tarafından bu teminat kapsamında karşılanan bir kaza veya hastalığa ilişkin ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde başlayan ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri, ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın, yıllık 2.500 TL ile sınırlı olmak üzere bu teminat kapsamında karşılanır. Bu güvence sadece yurt içinde ve anlaşmalı olmayan kurumlarda TTB\* Asgari Ücret Tarifesi ile geçerlidir.

Kaza sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmalarında, diş hekimi ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş, çene ve ağız kısmındaki her türlü tedavi, resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının TELEMED24 hizmet ağına (anlaşmalı sağlık kurumlarında) gerçekleşen, Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı kapsamındaki giderler limitsiz olarak veya teminat limitli olarak alınmış ise, yıllık limiti aşmamak kaydıyla karşılanır.

TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumlarında kadrolu olmayan doktor ücreti, sağlık hizmetinin sunulduğu bölgede yürürlükte olan genel seviyeyi ve her durumda TTB Asgari Ücret Tarifesi'nin iki katını aşamaz. TELEMED24 hizmet ağı dışındaki sağlık kurumlarında ameliyathanede gerçekleşen hizmet bedeli karşılığı doktor ücretleri TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı iken ameliyathanedeki diğer tüm masraflar Madde 10 Sağlık Gideri Ödemeleri'nde belirtilen makul giderler tanımı doğrultusunda karşılanır. Bunların dışındaki her türlü gider ise (ameliyat öncesi ve sonrası durumlarda ve ameliyatsız yatışlardaki doktor, teşhis, ilaç, sarf malzemeleri, hastane yatak, yoğun bakım, yemek, refakatçi giderleri ve benzeri giderler) günlük 300 TL limitine kadar karşılanır.

Anlaşmalı sağlık kurumlarına verilen yatış onayları süresiz değildir. Verilen yatış onayı yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydıyla geçerlidir. Belirtilen sürelerden sonra hastaneye yatılması durumunda yeniden provizyon alınması gereklidir.

Onbeş günü aşan tüm yatışlarda, onbeşinci günden sonra oluşan teminat kapsamındaki giderlerin karşılanabilmesi için, konuya ilişkin bir Bildirim Formu gönderilerek sigortalının onayının tekrar alınması gerekmektedir.

(\* Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyinin 6023 sayılı yasanın dayanarak hekimlerin muayene/tedavi için almaları gereken, asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, belirlenen birimlerin ilgili ilim tabip odalarına belirlenen ve dönemsel olarak değişen katsayı ile carpımına KDV eklenerek yapılır.

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

Sigortacı tarafından kesintisiz olarak sigortalandığı tarihten önce mevcut bir rahatsızlıkla ilgili bu teminat kapsamındaki giderlerde, sigortalı bu rahatsızlığını bilmiyor olsa veya bu rahatsızlıkla ilgili tanı poliche başlangıcından önce konulmamış olsa dahi, teminat sigorta başlangıç tarihinden 6 ay sonra başlar. İşbu özel şartların 15. Maddesinin 16. bendinde belirtilen durumlarla ilgili giderler - her ne şekilde olursa olsun - ilk yıl ödenmez. (Sağlık Sigortası Genel Şartları 6.maddesi hükümlerinde 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 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.

Kaza sonucu, yaşamsal tehdit nedeniyle hastaneye acil yatışlarda, resmi makamlarca düzenlenmiş kaza raporunun sigortacıya bildirilmesi şartıyla giderler, hangi hastane olduğuna bakılmaksızın TELEMED24 hizmet ağına dahil kurumlardaki kurallarla ödenir. Yurt dışında gerçekleşmesi halinde Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatı poliche yer almasa dahi, yıllık 10.000 USD' ye kadar %80 oranında karşılanır.

## 2- YURT DIŞI HASTANE HİZMETLERİ

Yurt dışında gerçekleşen ameliyat ve hastanede yatarak yapılması gereken tedaviler, poliche yazılı yıllık limit dahilinde %80 teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. (Yurt dışında ücretli olarak çalışan sigortalılar için bu teminat verilmemektedir.)

Sağlık kurumlarında doktor gözetiminde gerçekleştirilmesi gereken yurt dışındaki kemoterapi, radyoterapi, koroner anjiyografi, diyaliz ve böbrek taşı kırma (ESWL) giderleri bu teminat kapsamında sigortanın ikinci yılından itibaren karşılanır.

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 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.

Ameliyat için zorunlu protezlerin giderleri (kalp kapağı, kalça protezi vb.) bu teminat kapsamında karşılanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra, kaza sonucu ortaya çıkan bir durumun gerektirmesi durumunda, (göz, el, kol, bacak) suni uzuvlarının giderleri, resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartıyla, olay başına 3.000 USD'a kadar bu teminat dahilinde karşılanır.

Sigortacı tarafından kesintisiz olarak sigortalandığı tarihten önce mevcut bir rahatsızlıkla ilgili bu teminat kapsamındaki giderlerde, sigortalı bu rahatsızlığını bilmiyor olsa veya bu rahatsızlıkla ilgili tanı poliche başlangıcından önce konulmamış olsa dahi, teminat sigorta başlangıç tarihinden bir yıl sonra başlar. İşbu özel şartların 15. Maddesinin 16. bendinde belirtilen durumlarla ilgili giderler her ne şekilde olursa olsun ilk yıl ödenmez. (Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. Maddesi hükümlerinde saklıdır.)

## 3- AİLE PLANLAMASI

Normal doğum, sezaryen, gebelik öncesi ve sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler (TORCH, amniosentez, NST, down üçlü tarama vb.), gebelik dönemindeki periyodik doktor muayeneleri, gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar (hiperemesis, abortus (zorunlu küretaj dahil), preeklampsi vb.), lohusalıkla ilgili giderler, doğum ve sezaryene ait her türlü komplikasyonlar, poliche yazılı Aile Planlaması teminatı yıllık limitini aşmamak kaydıyla, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlar dahilinde karşılanır.

Sık tekrarlanan (doğum kontrol hapı, kondom vb.) aile planlaması yöntemleri teminat kapsamı dışındayken, sık tekrarlanmayan aile planlaması yöntemleri (kısırlaştırma (tüp ligasyonu, vasktomisi), spiral uygulaması (spiral ücreti dahil), implanon vb.) poliche yazılı Aile Planlaması teminatı yıllık limitinin %20'sine kadar ve yıl içinde bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır. Aile Planlaması teminatı kapsamındaki tüm giderler, bu teminatın bir önceki yılda seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır. Bu teminat sigortalı bayan çalışan için veya aile kapsamında ilgili teminatın alınması durumunda, sigortalı çalışanın bayan eşi için geçerli olup, polichedeki çocuk kapsamındakiler için geçerli değildir. Yukarıdaki teminat kapsamında belirtilen her türlü sağlık giderleri, sadece bu teminat kapsamında değerlendirilir, hiçbir koşul altında diğer teminatlardan karşılanmaz.

Yeni doğan bebeklerin policheye giriş şartları için iş bu Özel Şartların 5. Maddesinde yer alan açıklamalara bakınız.

## B. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI GRUBU

### 1- DOKTOR MUAYENE

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılacak ayakta tedavi kapsamındaki muayenelere ait giderler, poliche yazılı yıllık veya beher muayene limiti, teminat yüzdesi ile poliche özel ve genel şartları dahilinde ödenir. (Belgelerde mutlaka doktorun kaşesinin bulunması ve ayrıca doktorun branşının belirli olması gerekmektedir.) Klinik branş hekimlerinin muayene sırasındaki ultrason incelemeleri giderleri, bu teminattan limitleri dahilinde, ultrason çıktısı aslı veya doktor raporu olması kaydıyla karşılanır.

Türk Tabipleri Birliği görüşü doğrultusunda, ilk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler kontrol muayenesi olup, ücret talep edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle bu şekilde faturalandırılmış kontrol muayene giderleri teminat kapsamı dışındadır.

Diş hekimi muayene faturaları, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri bu teminat kapsamı dışındadır.

Sigortacının anlaşmalı hekim muayenehanesi uygulaması başlattığı illerde anlaşmalı hekimlerce yapılacak muayene giderleri %100'lü, anlaşmalı hekimler haricindeki tüm doktor muayene giderleri, seçilen teminat limiti ve yüzdesi dahilinde karşılanır.

### 2- İLAÇ

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ilaçlara ait giderler, reçete ile belgelenmek kaydıyla, reçete ilişkisinde

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

fatura veya kasa fişi ile barkod/karekod tutarı kadar poliçede yazılı yıllık veya beher reçete limiti, teminat yüzdesi ile poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Ayakta tedavi kapsamında ilaç giderleri, doktor reçetesinde belirtilen, her bir ilaç için en fazla 30 günlük tedavi dozu ile sınırlı olmak üzere karşılanır. Sürekli kullanımı doktor tarafından uygun görülen ilaçlara ilişkin giderler ise, sigortalının bu durum için aldığı doktor raporunu Yapı Kredi Sigorta'ya ileterek onayını alması kaydıyla poliçede belirtilen limit ve teminat yüzdesi dahilinde ve 90 günlük tedavi dozu ile sınırlı karşılanmaktadır. Ayrıca reçete tarihini takip eden en geç 14 gün içinde alınan ve poliçe süresi ile uyumlu dozdaki ilaçlar teminat dahilinde karşılanmaktadır. Aynı hastalıkla ilgili tek bir muayene için alınan reçeteler bölünemez.

Türkiye'de muadili olmayan ve yurtdışından getirilen ilaçların giderleri poliçe özel ve genel şartları ve yasal prosedürler dahilinde karşılanır.

Kemoterapi ve diyaliz tedavisi sonrası gelişen derin anemileri düzeltme amaçlı kullanılan eritropoetin (eprex vb.) özellikli ilaçlar da, bu teminat kapsamındadır.

İşyeri hekimlerinin çalışanların eş ve çocukları adına yazdıkları reçete karşılığı alınan ilaç bedelleri karşılanamamaktadır.

Alerji aşılı dışında tüm koruyucu aşilar tıbbi zorunluluk ve kullanılması gereken doza kadar ilaç teminatı kapsamında teminat limiti ve yüzdesi oranında karşılanır.

Toplu aşı ve tarama taleplerinde sigortacının onay ve organizasyonu gerekmektedir.

## 3- TEŞHİS YÖNTEMLERİ

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun sevk pusulasında belirttiği tahlil, her türlü biopsi yapılması işlemi, röntgen, ürografi, ultrasonografi, EEG, EMG, anjiyografi (koroner anjiyografi hariç), tomografi, magnetik rezonans, nükleer tıp ve sintigrafiler (galyum, talyum vb.), endoskopik giderler (gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi vb.), işitme testi, polisomnografi, probe küretaj, fraksiyone küretaj ve tedavi amaçlı da olsa dilatasyonlu küretaj vb. giderler ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın poliçede yazılı teşhis yöntemleri teminatı yıllık limiti dahilinde, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Poliçede ayrı teminat limitleri ile belirtilmiş olması durumunda tahlil, röntgen, tomografi, anjiyografi (koroner anjiyografi hariç), MR (magnetik rezonans), sintigrafi, endoskopik giderler kendi teminat limitleri dahilinde değerlendirilir.

Tahlil faturalarına, yapılan tahlillerin sonucunu gösteren raporun bir kopyası, röntgen vb. tetkiklerin faturalarına da yapılan tetkiklerin yazılı sonuç raporu eklenmelidir.

Sevk kağıdında ve/veya tahlil faturalarında birden fazla materyalde (kan, idrar, gaita vb.) tetkik yapıldığı belirtilmiş ise, her bir materyal için ayrı teminat limiti değerlendirilir. Sevk kağıdında belirtilen her bir görüntüleme işlemi ve/veya endoskopik işlem, ilgili teminatlardan ayrı ayrı değerlendirilir. TELEMED24 Hizmet ağına dahil olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen giderler, TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlıdır. TELEMED24 Hizmet ağına dahil sağlık kurumlarında kadrolu olmayan doktor ücreti, sağlık hizmetinin sunulduğu bölgede yürürlükte olan genel seviyeyi ve her durumda TTB Asgari Ücret Tarifesi'nin iki katını aşamaz.

Herhangi bir acil sağlık durumu olmaksızın, sigortalının hastanede yatarak yaptıracağı tanı işlemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Genel sağlık kontrolü ve check-up giderleri teminat kapsamı dışındadır. Doktorun herhangi bir rahatsızlığın araştırılması için istediği tetkik ve tanı işlemlerinde bu rahatsızlıkla ilgili olmayan geniş kapsamlı genel sağlık kontrolleri de kapsam dışındadır (Tarama amaçlı olarak yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT teminat kapsamı dışındadır.).

## 4- FİZİK TEDAVİ

Ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın tüm fizik tedavi giderleri, poliçede yazılı limit, teminat yüzdesi ile poliçe özel ve genel şartları dahilinde karşılanır.

TELEMED24 hizmet ağı dışındaki sağlık kurumlarında gerçekleşen bu teminat kapsamındaki giderler, TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı olarak, teminat limitleri dahilinde karşılanır. Ameliyat veya yoğun bakım sonrası gereken fizik tedaviler, Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatında tanımlandığı şekilde, Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatından karşılanmaktadır.

## 5- AYAKTA TEDAVİ PAKETİ

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca (Dış hekim muayene faturaları, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri bu teminat kapsamı dışındadır) yapılacak ayakta tedavi kapsamındaki muayenelere ait giderler ile T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ilaçlara ait giderler, reçete ile belgelenmek kaydıyla, reçete ilişğinde fatura veya kasa fişi ile barkod/karekod tutarı kadar poliçede yazılı yıllık veya beher reçete limiti, teminat yüzdesi ile poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Ayakta tedavi kapsamında ilaç giderleri, doktor reçetesinde belirtilen, her bir ilaç için en fazla 30 günlük tedavi dozu ile sınırlı olmak üzere karşılanır. Sürekli kullanımı doktor tarafından uygun görülen ilaçlara ilişkin giderler ise, sigortalının bu durum için aldığı doktor raporunu Yapı Kredi Sigorta'ya ileterek onayını alması kaydıyla poliçede belirtilen limit ve teminat yüzdesi dahilinde ve 90 günlük tedavi dozu ile sınırlı karşılanmaktadır. Ayrıca reçete tarihini takip eden en geç 14 gün içinde alınan ve poliçe süresi ile uyumlu dozdaki ilaçlar teminat dahilinde karşılanmaktadır.

Türkiye'de muadili olmayan ve yurtdışından getirilen ilaçların giderleri poliçe özel ve genel şartları ve yasal prosedürler dahilinde karşılanır.

Kemoterapi ve diyaliz tedavisi sonrası gelişen derin anemileri düzeltme amaçlı kullanılan eritropoetin (eprex vb.) özellikli ilaçlar da, bu teminat kapsamındadır.

İşyeri hekimlerinin çalışanların eş ve çocukları adına yazdıkları reçete karşılığı alınan ilaç bedelleri karşılanamamaktadır.

Alerji aşılı dışında tüm koruyucu aşilar tıbbi zorunluluk ve kullanılması gereken doza kadar ilaç teminatı kapsamında teminat limiti ve yüzdesi oranında karşılanır.

Toplu aşı ve tarama taleplerinde sigortacının onay ve organizasyonu gerekmektedir.

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun sevk

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

pusulasında belirttiği tahlil, her türlü biopsi yapılması işlemi, röntgen, ürografi, ultrasonografi, EEG, EMG, anjiyografi (koroner anjiyografi hariç), tomografi, magnetik rezonans, nükleer tıp ve sintigrafiler (galyum, talyum vb.), endoskopik giderler (gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi vb.), işitme testi, polisomnografi, probe küretaj, fraksiyone küretaj ve tedavi amaçlı da olsa dilatasyonlu küretaj vb. giderler ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri Ayakta Tedavi Paketi yıllık limiti dahilinde, teminat yüzdesine göre karşılanır.

Klinik branş hekimlerinin muayene sırasındaki ultrason incelemeleri giderleri, bu teminattan limitleri dahilinde, ultrason çıktısı aslı veya doktor raporu olması kaydıyla karşılanır.

Sigortacının anlaşmalı hekim muayenehanesi uygulaması başlattığı illerde anlaşmalı hekimlerce yapılacak muayene giderleri %100'lü, anlaşmalı hekimler haricindeki tüm doktor muayene giderleri, seçilen teminat limiti ve yüzdesi dahilinde karşılanır.

Herhangi bir acil sağlık durumu olmaksızın, sigortalının hastanede yatarak yapacağı tanı işlemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Genel sağlık kontrolü ve check-up giderleri teminat kapsamı dışındadır. Doktorun herhangi bir rahatsızlığın araştırılması için istediği tetkik ve tanı işlemlerinde bu rahatsızlıkla ilgili olmayan geniş kapsamlı genel sağlık kontrolleri de kapsam dışındadır. (Tarama amaçlı olarak yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skrolama Testi ve EBT teminat kapsamı dışındadır.)

Anlaşmalı sağlık kurumlarında (muayene dışındaki işlemler için) kadrolu olmayan doktor ücreti, TTB Asgari Ücret Tarifesi'nin 2 katı ile sınırlıdır. Teşhis giderleri, anlaşmalı sağlık kurumları dışında herhangi bir sağlık kurumunda gerçekleşmiş ise TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı ve belirlenmiş teminat limiti ve yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

## 6- YURT DIŞI AYAKTA TEDAVİ PAKETİ

Ayakta Tedavi Paketi teminatında tanımlı sağlık giderleri, bu teminatın alınması kaydıyla, poliçede tanımlı teminat yüzdesi ile poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak yurt dışında da 1.000 USD'ye kadar bu teminat dahilinde karşılanır.

## MADDE 3 TEMİNAT YÜZDESİ, TEMİNAT MUAFİYETİ, TEMİNAT LİMİTİ

Teminat kapsamında gerçekleşen giderlerin yıllık limiti ya da olay veya hastalık başına limiti aşmaması kaydıyla, varsa muafiyet tutarı düşüldükten sonra her bir giderin poliçede yazan yüzdesini sigortacı, geriye kalan kısmını ise sigortalı karşılayacaktır. Muafiyet tutarları ve sigortalı tarafından karşılanan tutarlar, sigortacı tarafından ödenen tutarlar gibi yıllık limitten düşülerek kalan (yürürlükte olan) limit belirlenir. Tüm ödeme belgeleri (fatura, makbuz vb.) toplam harcama tutarı üzerinden düzenlenmelidir. Faturalar böldürülemez.

## MADDE 4 SİGORTA SÜRESİ

Bu Kurumsal Sağlık Sigortası, poliçede belirtilen tarihler arasında yürürlükte kalmak üzere akdedilmiştir. Sigorta

teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve poliçe prim peşinatının veya ilk taksidinin Sigorta ettiren tarafından ödenmesi ile yürürlüğe girer. Poliçenin teslim edilmesine rağmen sigorta prim peşinatı veya ilk taksidi ödenmediği takdirde Sigortacının sorumluluğu başlamaz.

## MADDE 5 SİGORTAYA KABUL

18 ila 60 (60 yaşından önce sigortaya alınmış kişiler için 75) yaşları arasındaki tüm personel, sigortalı şirket tarafından iletilecek liste ve dolduracakları Başvuru Formu'ndaki bilgiler doğrultusunda ve Sigortacının Risk Kabul Kriterleri gereğince Kurumsal Sağlık Sigortası Poliçesi kapsamına dahil edilebilecektir. Poliçe kapsamına alınması istenen kişilerden süregelen rahatsızlığı olanlar, mevcut rahatsızlıkları için muafiyet alınarak ve/veya teminatları kısıtlanarak poliçe kapsamına alınabilir ya da poliçe kapsamı dışında bırakılabilirler. Sigortalı şirketin talebiyle ve poliçe başlangıcında kararlaştırıldığı şekilde, çalışanların eşleri ve 18 yaşından küçük çocukları da aile kapsamında sigorta teminatlarından yararlanabilir. Talep edilmesi durumunda sigortalının bakmakla yükümlü olduğu (evlenmemiş ve çalışmayan) çocukları da 24 yaşına kadar sigorta teminatına dahil edilebilirler.

Poliçenin yürürlüğü sırasında, sigortalının herhangi bir zeylname talebinde bulunması halinde o sırada geçerli olan özel şart ve primler uygulanır.

### Yapı Kredi Sigorta Bebeği:

Kesintisiz olarak Aile Planlaması Teminatı alınarak yenilenen poliçelerde, doğum giderleri Aile Planlaması Teminatı kapsamında Sigortacı tarafından karşılanan yeni doğan bebeklerin; doğum tarihinden itibaren iki ay içinde poliçeye girişinin talep edilmesi ve primin ödenmesi durumunda "Yapı Kredi Sigorta Bebeği" olarak poliçeye dahil edilecektir. Poliçeye Kurumsal Sigortalar Başvuru Formu'nun tanzim tarihi baz alınarak dahil edilecek olan bu bebekler için Kurumsal Sigortalar Başvuru Formunun ekinde mutlaka bebeğin sağlık durumunu açıkça belgeleyen güncel çocuk doktoru raporunun da Şirketimize iletilmesi gerekmektedir. Bu bebeklerin doğuştan gelen hastalıkları ve sakatlıkları teminat kapsamındadır. Ancak prematürel ile ilgili giderler (kuvöz bakımı vb) ve bebeğin doğumla ilgili giderleri (bebek henüz hastanede kayan yapılan rutin sağlık giderleri) annenin kalan Aile Planlaması Teminatının limiti ve yüzdesi dahilinde karşılanır. Yapı Kredi Sigorta Bebeklerinin bunlar dışındaki diğer sağlık giderleri, poliçeye eklenme tarihinden itibaren bebeğe ait ilgili teminatlar kapsamında karşılanır. Ayrıca işbu özel şartların 15.Maddesinin 16. bendinde belirtilen ilk yıl istisnaları bu bebekler için uygulanmayacaktır. Yapı Kredi Sigorta Bebeği hakkını elde eden ancak doğuştan gelen sağlık riski olan bebeklerin poliçeye giriş şartlarının belirlenmesi için Yapı Kredi Sigorta Risk Kabul Müdürlüğü'nün görüşünün alınması gerekmekte olup yapılacak risk değerlendirmesine göre gerek görülürse ek prim uygulanabileceği ve bu ek prim aynı oranda her poliçe yenileme döneminde devam edecektir. Yapı Kredi Sigorta Bebeği hakkını elde eden sigortalının kurumsal sağlık poliçesinden ayrılarak Yapı Kredi Sigorta A.Ş. de mevcut Can Sağlığı Sigortası Poliçesine geçiş yapması durumunda da Yapı Kredi Sigorta Bebeği hakkı korunmaktadır.

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

## Yapı Kredi Sigorta Bebeği olmayan bebekler:

Doğum tarihinden itibaren iki aydan fazla süre geçtikten sonra poliçeye girişi talep edilen veya doğum giderleri Sigortacı tarafından karşılanmayan çocuklar Yapı Kredi Sigorta Bebeği hakkını elde edemeyecek olup; tüm sağlık riskleri sorgulanacak olan bu bebekler için gerek görülen durumlarda ek belge ve bilgi istenebilecek, yapılan değerlendirme sonucunda, Sigortacı tarafından sigortalıya yönünde karar alınan bebekler için gerekirse muafiyet, prim, ek prim ya da limit uygulanabilecektir. Ayrıca bu bu bebekler için ilk yıl sigortalılık şartları geçerli olacak ve doğuştan gelen hastalıkları teminat kapsamı dışında tutulacaktır. Poliçeye Kurumsal Sigortalı Başvuru Formu'nun tanzim tarihi baz alınarak dahil edilecek olan bu bebekler için Kurumsal Sigortalı Başvuru Formunun ekinde mutlaka bebeğin sağlık durumunu açıkça belgeleyen güncel çocuk doktoru raporunun da Şirketimize iletilmesi gerekmektedir.

Sigorta kapsamına yeni girecekler, sigortalı şirket tarafından bir liste ve başvuru formlarıyla birlikte sigortacıya bildirilecektir. Sigortalı şirketten ayrılan ya da poliçeden herhangi bir nedenle çıkan kişinin (ve aile bireylerinin), sigortacı tarafından verilen TELEMED24 kartları, çıkış tarihi itibarıyla otomatik olarak iptal edilir.

Eksik bilgi, belge ve rapor nedeniyle beklemeye alınan sigortalı adaylarının, eksik belgelerini 30 gün içerisinde tamamlanması gerekmektedir. Belirtilen süre zarfında eksiklerini tamamlamayan sigortalı adaylarının başvuruları, beklemeye alınma tarihini takip eden 30. günün sonunda red edilecektir.

Sigortalı, aşağıdaki durumlardan biri gerçekleştiği takdirde poliçe kapsamından eş ve çocukları ile beraber çıkarılır:

- ==> 75 yaşın doldurulması,
- ==> Sigortalının çalışmakta olduğu sigortalı şirketten herhangi bir nedenle ayrılması (sigortalı şirketin yazılı talebi gereklidir),
- ==> Poliçe kullanımında sigortalının suistimali bulunması,
- ==> Sigortalının beyan yükümlülüğüne uygun davranmamış olması.

## MADDE 6 PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Sigortalı şirket, sigorta primini veya primin taksitle ödemesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde sigortalı şirket, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

Sigortalı şirketin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigortalı şirkete iade edilir. İlk 30 gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortalının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden, aşağıda belirtildiği şekilde hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigortalı şirkete iade edilecek tutar, sigortalının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

Sigortalılara ödenen tazminatlar, sigortalının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigortalı şirketin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigortalı şirkete iade edilir.

Sigortalılara ödenen tazminatlar, sigortalının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigortalı şirketin ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigortalı şirkete iade edilir.

Sigortalılara ödenen tazminatlar, sigortalının hak kazandığı prim tutarını ve sigortalı şirketin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortalının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

## MADDE 7 KÖTÜ NİYET SONUCU İPTAL

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması veya aile kapsamındaki sigortalıların, sağlık gideri belgeleri poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenletilmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma, prim iadesi yapmadan sigortalıları poliçe kapsamından çıkartma hakkına sahiptir.

## MADDE 8 SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

Sigorta süresinin bitiminden önce karşılıklı anlaşma ile Sigortalı'nın Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca bu yönetmelikte belirlenen yaş sınırına kadar önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren geçerli yeni sözleşme (poliçe) yapılabilir. Yeni poliçenin, önceki poliçenin bitiş tarihinden sonra düzenlenmesi durumunda, sigortalının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerin teminat altına alınmaması ile yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır. Sözleşmenin yenilenmesinden sonra sigortacı, süre ile ilgili istisnalarda sigortalının ilk defa poliçe kapsamına alındığı tarihi dikkate alır. Yenilemede poliçe kapsamına ilk defa alınması istenen ve/veya risk kabul işlemi tekrarlanacak kişilerden Başvuru Formu alınır. Yapılacak değerlendirme sonucunda bu kişiler süregelen rahatsızlıkları için muafiyet alınarak ve/veya teminatları kısıtlanarak poliçe kapsamına alınabilir ya da kapsam dışı bırakılabilirler.

Sigortacı tarafından sigortalı şirketin onayı ile, sigorta özel şartlarında yapılan değişiklikler her bir sigortalı için sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

75 yaşını dolduran sigortalılar ve varsa sigortalı olmuş olan eşi ve çocukları poliçe yenilediğinde kapsam dışına alınır. Sigortalının, bazı sigortalıların süregelen rahatsızlıkları için muafiyet uygulaması durumunda poliçe yenilediği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece muafiyet devam edecektir.

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

## Yenileme Garantisi:

Kurumsal Sağlık Sigortası poliçesi kapsamında sigortalı olan Sigortalı Şirket çalışanlarına ve ailelerine, aşağıda belirtilen şartların sağlanması halinde Can Sağlığı Sigortası Poliçesine geçiş halinde kullanılmak üzere; sigortaya giriş yaşı 50'nin üzerinde olan kişiler için 75 yaşına kadar, 50'nin altında olması durumunda ise Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilir.

- Sigortalının kesintisiz olarak 3 yıl boyunca Şirketimizdeki Kurumsal Sağlık Sigorta Poliçesini devam ettirmesi,
- Ailenin son 3 yıl veya tüm yıllardaki toplam sigortalılık dönemine ait ortalama sağlık gideri/prim oranının (poliçeleşme sırasındaki güncel sağlık gideri/prim oranı dikkate alınmak şartıyla) %60 veya altında olması (sağlık gideri/prim oranı hesaplanırken sigortalı bazında değil, ailenin toplam sağlık gideri ve yine ailenin toplam primi dikkate alınır),
- Yenileme garantisi değerlendirmesi yapıldığında sigortalının 61 yaşın altında olması.
- Yenileme Garantisi şartını belirleyecek olan Tıbbi Risk Değerlendirmesi ise kişinin Şirketimizdeki Can Sağlığı Sigortası Poliçesine geçişi sırasında yapılır. Kişinin Kurumsal Sağlık Sigortası Poliçesinde sigortalı olma aşamasında uygulanan hastalık muafiyeti ve/veya ek primi ya da teminatlara uygulanan limiti aynı şekilde devam ettirilir. Ayrıca; kişinin Yenileme Garantisine hak kazandığı tarihe kadar oluşan ve Şirketimizin bilgisi dahilinde olan rahatsızlıkları incelenerek gerekirse hastalık muafiyeti ve/veya ek primi ya da teminatlara limit uygulanır; belirtilen tarihten sonra ortaya çıkabilecek rahatsızlıklar ise kritik hastalık olsa bile tıbbi risk değerlendirmesinde dikkate alınmaz.

Sigortalı Şirket çalışanları ve aile bireyleri kazanmış oldukları Yenileme Garantisi hakkını; çalışanın Şirketinden emekli olması, istifa etmesi, işten çıkarılması durumlarında poliçeden çıkışının gerçekleşmesi veya ilgili Şirketin hiçbir sigorta şirketinde sağlık poliçesi yaptırmama kararı vermesi durumunda Can Sağlığı Sigortası poliçesine geçişte kullanmak üzere saklı tutar. Sigortalı Şirket çalışanlarının ve aile bireylerinin bu hakkı kullanabilmeleri için, sigortalılık döneminde sağlık sigortasına herhangi bir şekilde ara vermemiş olması, poliçe veya eklerinde aksi belirtilmedikçe, geçiş talebinin kişinin kurumsal poliçeden çıkış tarihinden veya kurumsal poliçenin hiçbir sigorta şirketinde yenilenmemesi durumunda ise poliçe bitiş tarihinden itibaren 15 gün içinde yapılmış olması gerekmektedir. Sigorta ettiren Şirketin poliçesini, Yapı Kredi Sigorta dışında başka bir sigorta şirketinde yenileme kararı vermesi durumunda, Şirketimiz Can Sağlığı Sigortası poliçesine geçiş talebinde değerlendirilmek üzere verilen bu Yenileme Garantisi hakkının geçerliliğini kaldırma hakkını saklı tutar.

Bu dönemde, sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı yenileme taahhüdünü yeniden değerlendirir. Sigortacının yenileme taahhüdünde bulunduğu sağlık poliçesi, poliçenin yenilendiği tarihte yürürlükte olan genel ve özel şartlara tabidir. "Yenileme Garantisi" kişiye özel olarak, bu hakkı kazanmış Sigortalı Şirket çalışanlarına ve aile bireylerine aittir. Aile bireylerinden Yenileme Garantisine hak kazanamamış olanlar, diğer bireylerin hak kazanmalarını gerekçe göstererek bu hakkın kendilerine de verilmesini talep edemezler. Can

Sağlığı Sigortasının "Yenileme Garantisi" sigortalının sağlık riskleri değerlendirilerek şartlı veya şartsız olarak verilmektedir.

Sigortalıya yenileme garantisi verilmiş olması, hasar tarihi itibarıyla geriye dönük kesintisiz en az 5 yıl Yapı Kredi Sigorta'da sigortalılık süresini tamamlamış olması ve tanının yine bu süre içinde konmuş olması şartıyla doğuştan gelen (konjenital) hastalıkları ile ilgili giderleri kapsam dahilindedir.

Sigortalıya yenileme garantisi verilmiş olması, hasar tarihi itibarıyla geriye dönük kesintisiz en az 3 yıl Yapı Kredi Sigorta'da sigortalılık süresini tamamlamış olması şartıyla deviasyon ve konka ameliyatları ile ilgili giderleri kapsam dahilindedir.

## MADDE 9 TELEMED24 HİZMET AĞINDAKİ SAĞLIK KURUMLARI

Poliçe ile birlikte tüm sigortalılara, adlarına düzenlenmiş Yapı Kredi Sigorta Kartı verilir. TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumlarından hizmetin alınabilmesi için sigortalıların Yapı Kredi Sigorta Kartlarını yanlarında bulundurmaları gerekmektedir. Aksi durumda, sağlık gideri sigortalı tarafından karşılandıktan sonra, faturaların ve ek evrakların Sigortacı'ya iletilerek değerlendirilmesi söz konusudur. Yapı Kredi Sigorta Kartları resimli kimlik belgesi ile birlikte geçerlidir. Sigortacı'nın TELEMED24 Hizmet ağına dahil sağlık kurumlarında, Yapı Kredi Sigorta Kartının kullanılarak onay alınması suretiyle, sigortalılar poliçe teminatlarına ve özel şartlarına uygun olarak katılım payı düşüldükten sonra, limitleri dahilinde ödeme yapmadan sağlık hizmeti alabilirler.

Sigortalının TELEMED24 Hizmet ağındaki sağlık kurumlarında, yatarak tedavi göreceği durumlarda faturanın doğrudan ödenebilmesi için, yatış öncesi Sigortacı'ya sağlık kurumundan temin edilecek Bildirim Formu'nun yatıştan en geç 24 saat sonrasına kadar iletilerek, Sigortacı'dan onay alınması gerekmektedir. Bu nedenle sigortalı hastaneye yattığı gün, kurumun Sigortacı'ya Bildirim Formu'nu fakslemesini sağlamalıdır. Poliçe teminat limitleri ve teminat kapsamı dışındaki giderleri sigortalı kendisi öder.

TELEMED24 Hizmet ağına dahil bir sağlık kurumu ile sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, TELEMED24 Hizmet ağına dahil sağlık kurumlarına özel uygulamalar (Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı kapsamında yurt içinde gerçekleşen giderlerin limitsiz karşılanması, faturaların doğrudan ödenmesi vb. hizmetler) otomatik olarak son bulacaktır.

TELEMED24 Hizmet ağına dahil sağlık kurumlarının listesi "TELEMED24 Noktaları" kitapçığından temin edilebileceği gibi, ayrıca bilgi alınmak istendiğinde internet aracılığı ile [www.yksigorta.com.tr](http://www.yksigorta.com.tr) adresine başvurulabilir.

Sigortalı, onay verilmeyen durumlardaki ve TELEMED24 Hizmet ağı dışında gerçekleşen sağlık giderlerini ise kendisi öder ve aşağıdaki maddede belirtilen belgelerle birlikte, daha sonra Yapı Kredi Sigorta Genel Müdürlüğü Sağlık Gider Yönetimi'ne veya Bölge Müdürlükleri'ne başvurur.

Yapı Kredi Sigorta kartları, poliçe iptali nedeniyle sağlık gideri ödemeleri dondurulduğunda veya sigortalı poliçe kapsamından çıkartıldığında geçerli olmayacaktır. Poliçe yenilendiğinde kartların geçerliliği devam edeceğinden, sadece poliçe kapsamına yeni dahil olan sigortalılar için kart basılacaktır.

## MADDE 10 SAĞLIK GİDERİ ÖDEMELERİ

TELEMED24 hizmet ağında Sigortacı tarafından karşılanan giderler dışında, sigortalıya sağlık giderini gösterir resmi belgeler karşılığında ödeme yapılır. Ödemelerde, belgelerin asılları gereklidir. Ayrıca Şirket kayıtlarında olmaması durumunda TC Kimlik Numarası/Yabancı Kimlik numarası ve Vergi Kimlik Numarası bilgisinin sigortalı tarafından bildirilmesi gerekmektedir. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren, azami 15 gün içerisinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır. Sağlık gideri ödemeleri, Yapı Kredi Sigorta Genel Müdürlüğü veya Bölge Müdürlükleri'nde bulunan Sağlık Gider Yönetimi tarafından sigortalı şirketin/sigortalının yazılı olarak bildirdiği sigortalılara ait banka hesap numaralarına havale edilir.

Sağlık gideri belgeleri Sigortacı'ya haftalık periyodlarla ulaştırılır. Sigortalılar, TELEMED24 hizmet ağına dahil sağlık kurumları dışında kalan kurumlarda yaptığı masrafları, Kurumsal Sağlık Sigortası İbranemesi'ne fatura ve belgeler iliştilmiş şekilde Sigortacı'ya veya Sigortacı'nın Bölge Müdürlükleri'ne gönderebilirler.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 10'un (a) fıkrası gereği teminatlarda anlatılan limitlerin yanı sıra, sağlık hizmetinin sunulduğu bölgede yürürlükte olan ve genel seviyeyi aşmayan olarak tanımlanan makul giderler sigorta kapsamındaki teminat limitleri ve şartları dahilinde karşılanır.

Teminat kapsamındaki ilgili ödemenin yapılabilmesi için, aşağıdaki belgelerin sigortacıya iletilmesi gerekmektedir. Ayrıca İngilizce dışındaki yabancı bir dilde düzenlenmiş ödemelerde, gerekli her türlü belgenin noter tasdikli tercümesi Sigortacı'ya iletilmelidir.

### A. Yurt İçi Hastane Hizmetleri Giderlerinde

Anlaşmalı kurumlarda hastaneye yatıştan önce Bildirim Formu doldurularak sigortacıya iletilecektir.

1. Yatış nedenini ve yapılan tedaviyi gösterir tıbbi rapor,
2. Dökümlü hastane faturaları,
3. Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu, parça alınmışsa patoloji sonuç raporu,
4. Sinüzit ameliyatlarından önce paranazal sinüs tomografisi aslı, deviasyon ameliyatlarında ameliyat öncesi ve sonrası os-nasale grafi asılları, gerekli görüldüğü takdirde ikinci doktor görüşü ,
5. Epikriz (çıkış özeti) ve yapılan incelemelerin ve tedavilerin raporları, gerekli ve mevcut olduğu durumlarda laparoskopik / artroskopik / endoskopik ameliyat kaseti,
6. Gerek görüldüğünde; müşahade dosyası, trafik kazası tespit tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu, sigortalı beyanı.

### B. Aile Planlaması Giderlerinde

1. Dökümlü hastane faturası ve teminat kapsamındaki giderlere ait diğer faturalar,
2. İlgili doktor ve doğum raporu,
3. Teşhis yöntemleri uygulandıysa sonucu gösterir rapor,

4. Zorunlu küretajda jinekolojik USG raporu ve fotoğraf çıktısı aslı ve/veya Beta HCG sonuçları,
5. Müşahade dosyası (gerektiğinde).

### C. Doktor Muayene Giderlerinde

1. Doktor ücretini gösterir fatura veya serbest meslek gider makbuzu (belgelerde mutlaka doktorun kaşesinin bulunması ve ayrıca doktorun branşının belirli olması gereklidir), klinik branş hekimleri tarafından ultrason kullanılarak yapılan muayenelerde ultrason çıktısı aslı veya raporu,
2. Gerektiğinde tıbbi kayıt.

### D. İlaç Giderlerinde

1. İlgili doktor reçetesi,
2. İlgili ilaç giderlerini gösterir kasa fişi veya fatura,
3. İlgili ilaçların barkod/ karekodu, (ilaç isimleri okunacak şekilde kesilmiş olmaları gereklidir) ,
4. Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu,
5. Gerekli görüldüğünde doktor raporu.

### E. Teşhis Yöntemleri Giderlerinde

1. Doktorun teşhis veya şüphe ettiği hastalığın adını belirterek yazdığı sevk pusulası veya rapor,
2. İlgili giderleri gösterir faturalar,
3. İnceleme sonuçları ve ilgili raporlar,
4. Gerektiğinde doktor raporu (tetkiklerin ne için istendiğine dair) ve tıbbi kayıt.

### F. Fizik Tedavi Giderlerinde

1. Tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.),
2. Ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü).

## MADDE 11 ALARM MERKEZİ (TELEMED24 HATTI)

Sigortalılar, acil durumlarda Yapı Kredi Sigorta Kartında belirtilen Alarm Merkezi'ni (TELEMED24 Hattını) telefon ile arayarak hiçbir ücret talep edilmeden T.C. sınırları dahilinde sunulan Sigortacı'nın acil kara ambulansı hizmetinden yararlanabilirler, ayrıca 24 saat boyunca tıbbi danışma hizmeti alabilirler. Alarm Merkezi (TELEMED24 Hattı) sigortalıların hava ve deniz ambulansı ihtiyaçlarını karşılamamaktadır.

## MADDE 12 KONTROL YETKİSİ

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. Sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir.

## MADDE 13 SİGORTA PRİMİ

Primler, sigortalı sayısı, cinsiyet-yaş dağılımı, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), sağlık riski, enflasyon oranı ve Sigortacı'nın yürürlükteki Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca seçilen teminatlar dikkate alınarak belirlenmektedir. Ayrıca, Türk Tabipler Birliği (TTB) asgari ücret tarifesinde yapılan artışlar ile sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları artışlar da değerlendirmede sağlık enflasyonu olarak baz alınmaktadır.

Sözleşme başlangıç tarihinden sonra, aile kapsamında eş ve çocuk eklenmesi, çıkarılması ya da teminat değişikliği talep edildiğinde, işbu özel şartların 6. maddesinde tanımlı geçen süreye bağlı olarak hesaplanan Sigortacı'nın hakettiği primler dikkate alınarak zeylname düzenlenir.

## MADDE 14 TEMİNAT SAHASI

Kurumsal Sağlık Sigortası, T.C. hudutları dahilinde ikamet edenlerin yurt içinde gerçekleşen teminat kapsamındaki tedavilerini teminat altına alır. Yurt Dışı Hastane Hizmetleri ve/veya Yurt Dışı Ayakta Tedavi Paketi Teminatlarının seçilmiş olması durumunda, poliçede tanımlı şartlar çerçevesinde yurt dışındaki sağlık giderleri de kapsam dahilindedir.

Yurt Dışı Hastane Hizmetleri ve Aile Planlaması Teminatları kapsamında yurt dışında gerçekleşen giderler, harcamanın gerçekleştiği ülke parasının, sigortacı tarafından ödendiği tarihteki T.C.M.B. efektif satış kuru esas alınarak, ilgili ülke parasının T.C.M.B. karşılığının olmaması halinde ABD Doları çapraz kuru üzerinden T.C.M.B. efektif satış kuru esas alınarak poliçede belirtilen plan kapsamındaki teminatlar, limitler ve özel şartlar dahilinde Türk Lirası olarak ödenir. Sigortalı giderin gerçekleştiği tarihte söz konusu ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla, sigorta teminatlarından yararlanabilir.

## MADDE 15 TEMİNAT KAPSAMI DIŞINDAKİ DURUMLAR

Aşağıda sayılan haller, tedaviler ve giderler bu poliçede sigorta teminatının dışında tutulmuştur ve sigortacı bunlardan dolayı yükümlülük altına girmez.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2/a, b, c, d, e, f, g, h'de belirtilen haller teminat kapsamı dışındadır. Madde 3/a'da istisna olarak belirtilen depresyon, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması sonucu oluşan tedavi giderleri ise 1.000 TL muafiyetle poliçe teminatları dahilinde ödenecektir.
2. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina.
3. Küretaj, infertilite, sterilite (kısırlık), düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (tüp bebek, follikül takibi, serklaj, mikroenjeksiyon, tuboplasti v.b.) histerosalpingografi (HSG), spermogram, adhezyolizis, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve aile planlaması teminatı kapsamı dışındaki tüm aile planlaması yöntemi (hap, kondom vb.) giderleri.

4. AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıkların tedavileri, zührevi hastalık tedavileri.
5. Çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, her türlü sünnet giderleri (Phimosis).
6. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar hariç) ve aynı seansta estetik işlemle birlikte yapılan diğer girişimler, telenjektazi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, jinekometri, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler, refraksiyon kusurlarına yönelik müdahaleler (miyopi vb.) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçların giderleri, şaşılık, görme tembelliği, ses ve konuşma terapileri yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi), alerji aşılı, bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurumasını ve terlemesini önleyen ürünler, kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri, obezite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), 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, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri.
7. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, alkol, kolonya, her türlü sabun-şampuan-saç solüsyonu, diş macunu, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçme stikleri ve kartuşları, buz kesesi, sıcak su torbası v.b., yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcı, gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens, lens solüsyonları, nemlendirici amaçlı ürünler ile ilgili giderler.
8. Alkol zehirlenmesi, alkolizm, alkol kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar ve kazalar, eroin, morfin veya benzeri uyuşturucuların kullanılması ve yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü giderler.
9. Sigortacıya sigortalı olarak bildirilmiş olsa bile poliçe öncesi varolan maluliyet veya hastalığın gerektirdiği ameliyat veya tedavi ile ilgili giderler ile tüm nüks ve komplikasyonları, sigortalılık öncesinde uygulanan ameliyatların tüm komplikasyonları (insizyonel herni, adhezyon, nüksler vb.) periyodik olarak devamlılık gösteren hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme geriliği ile ilgili tüm giderler, doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar, genetik hastalıklar ve genetik testler ile ilgili her türlü giderler.  
İşbu Özel Şartların Madde 5 Sigortaya Kabul Yapı Kredi Sigorta Bebeği bölümünde tanımlandığı şekilde poliçeye eklenmiş çocuklar ile Madde 8'de tanımlandığı şekilde Yenileme Garantisi verilmiş sigortalılara tanınan ayrıcalık dışında; ileri yaşta ortaya çıksa dahi, tüm konjenital (doğuştan gelen) hastalıklar.
10. Madde 2A Yurt İçi ve Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatında belirtilen durumlar dışındaki her türlü protez, protez tamirleri, ortopedik tabanlık, atel, boyunluk, dizlik, askı vb., her türlü yardımcı ve haricen kullanılan



# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

- tıbbi malzemeler (tekerlekli iskemle, işitme cihazı, holter cihazı ve uyku apnesi cihazı (CPAP 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.
11. Ruh ve akıl hastalıkları, psikoterapi, psikiyatrist ve psikolog giderler ile danışmanlık hizmetleri, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı komplikasyonlar ile tüm psikiyatrik yatışlar, zeka testi ve benzeri tetkikler, geriatrik ve psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb.) ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri.
  12. Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezleri vb. uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri, Demans, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları ile ilgili medikal yatışlar.
  13. Özel hemşire, sağlık kuruluşlarındaki telefon giderleri, suit oda farkı, tedavi için gerekli olmayan malzeme vb. idari giderler.
  14. Genel sağlık kontrolü (check-up), tıbbi sertifikalar ve sağlık raporu hazırlanması ile ilgili giderler (Tarama amaçlı olarak yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT).
  15. Diş tedavi teminatı alınmış olsa bile, diş implantasyonu ile implantasyon öncesinde ve sonrasında ilgili giderler, ortodonti ve ortodontiye bağlı tedaviler, kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile ilgili giderler.
  16. Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili cerrahi veya tıbbi (medikal) tedaviler poliçenin ilk yılında teminat kapsamında değildir:  
Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç) ve bunların komplikasyonları, her türlü kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.), anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür-fistül, pilonidal sinüs vb.) GIS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, her türlü fıtıklar, omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb.), higroma, hallux valgus, trigger finger, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları gibi vb.), rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlara, bartolin kisti, endometriozis, sistorektosel, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatlara ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, meme rahatsızlıkları ve ameliyatlara, sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, geniz eti, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi vb.) ve uyku apnesi cerrahisi, katarakt, glokom, keratoplasti, prostat (TUR dahil), varis, felç, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç), kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjioplasti, aort disseksiyonu, anevrizmalar dahil), her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, ülser, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), KOAH, astım, şeker, epilepsi, multipl skleroz, parkinson, 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, kemoterapi, radyoterapi, tümör ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler ve aile planlaması giderleri.
  17. Yapı Kredi Sigorta'da 01.03.2002 tarihinden sonra sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin deviasyon ve konka ameliyat giderleri karşılanmaz. Ancak; sigortalıya yenileme garantisi verilmiş olması, hasar tarihi itibarıyla geriye dönük kesintisiz en az 3 yıl Yapı Kredi Sigorta'da sigortalılık süresini tamamlamış olması şartıyla deviasyon ve konka ameliyatları ile ilgili giderleri kapsam dahilindedir.
  18. Sigortacı'nın Acil Hizmeti dışında yapılan ambulans ve her türlü hava ambulansı taşıma giderleri.
  19. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama ve Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.
  20. Dağcılık ve tırmanma, kano, gökyüzü kayağı, paraşüt, planör, delta-kanat, balon, motorsiklet ve otomobil sporu, sivil havacılık, binicilik, su sporları, dalgıcılık ve tüm yarışlar ile tüm profesyonel ve lisanslı olarak yapılan sporların sonuçları ile ilgili tüm giderler.
  21. Alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) Kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedaviler ile ilgili tüm giderler.
  22. 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.
  23. Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hatalar sonucunda doğacak giderler.
  24. Bir yıllık poliçe süresi içerisinde toplam üç aydan fazla yurt dışında kalınması durumunda, Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatı olsa bile yurt dışında gerçekleşen giderler.
  25. Sigortacı'nın TELEMED24 Hizmet ağındaki sağlık kurumlarından, yatıştan sonraki 24 saat içinde Bildirim Formu'nun iletilmediği durumlardaki ve onbeş günü geçen hastaneye yatışlarda onbeşinci günden sonra Sigortacı'nın tekrar onayının alınmadığı giderler.
  26. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaç giderleri.
  27. Yapı Kredi Sigorta'da 01.07.2003 tarihinden sonra Başvuru Formu düzenlenerek ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin varikozel ve skolyoz ameliyat giderleri,
  28. Sigorta yılı içinde 180 günü geçen hastanede yatış ve bu süre içinde 90 günü geçen yoğun bakımda yatış giderleri.
  29. Böbrek ve safra kesesi taşları analiz giderleri.
  30. Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını artırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu

# Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları

BU ÖZEL ŞARTLAR KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI POLİÇESİNİN AYRILMAZ BİR PARÇASIDIR.

yönteme özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri.  
Yeni biyomedikal mühendislik – genetik ve biyoteknolojik  
bazlı tedavi ve uygulamalarına ait giderler.

10 günü geçemez. Poliçe iptal edildiği takdirde ise, tedavisi  
devam eden hadiseler poliçe kapsamı dışındadır.

31. Yeni doğan bebeklerin prematürelilik ile ilgili giderleri (kuvöz bakımı v.b.) ile bebeğin doğumla ilgili giderleri (bebek henüz hastanedeiken yapılan rutin sağlık giderleri)
32. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için karşılaştırılan günlük iş görememe parası ve sigortalı bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya karşılaştırılan gündelik bakım parasına ilişkin giderler.

## MADDE 16 BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortalı Başvuru Formu ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, Türk Ticaret Kanunu hükümleri ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarında düzenlenen beyan yükümlülüğü hükümleri uygulanır. Ayrıca; Sigortacı sigortalıyı kapsama almama, almış ise kapsamdan çıkarma veya rahatsızlığı ile ilgili muafiyet alma hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödenmez, sigortacı bu sigortalıya ait prime hak kazanır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya ek olarak, Sigortalının bu maddedeki hakları saklı kalmak üzere, sigortalının beyan etmediği hastalıklar, sigortalının poliçe kapsamına alınmasına engel değilse, bu rahatsızlığı teminat dışı tutarak (muafiyet alarak) sigortalıyı poliçe kapsamında tutabilir.

## MADDE 17 RÜCU HAKKI

Sigortacı sigortalının özel ve genel şartlarına aykırı düşen giderleri, teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıya rücu ederek fer'ileri ile birlikte tahsil eder.

Sigortalının poliçenin özel ve genel şartlarına göre ödemiş olduğu sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumluluğu olması durumunda, Sigortacı halefiyet hakkı uyarınca ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslardan rücu talep etme hakkına sahiptir.

## MADDE 18 SİGORTALININ VEFATI

Sigortalının vefatı halinde sigortalı, eşi ve çocukları otomatik olarak poliçe kapsamı dışı kalır. Sigortalı şirketin talebiyle gün esasına göre sigortalı şirkete prim iadesi yapılır.

## MADDE 19 SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDE SONRAKİ TEDAVİLER

Sigorta süresinin sona ermesi ve poliçenin yenilenmemesi durumunda, sona erme tarihinden önce sigortacıya bildirilen ve kabul gören sağlık durumları için teminat limitleri ve özel şartlara tabi olmak kaydıyla hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için teminat tedavi sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre hiçbir şekilde poliçenin sona erme tarihinden itibaren