



## **FİT - YABANCI UYUKLU KİŞİLERE SAĞLIK POLİÇESİ**

### **YABANCI UYUKLULAR İÇİN SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI**

#### **1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI :**

Groupama Sigorta, sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde, poliçe ve poliçe ekinde isim ve doğum tarihi belirtilen sigortalı/sigortalıların özel ve iş hayatlarında meydana gelecek bir hastalık, kaza sonucu ayakta ve yatarak yapılacak teşhis/tedavi masraflarını Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel şartlar hükümlerine göre ekli poliçede belirtilen teminatlar, limitler ve uygulamaları dahilinde güvence altına almaktadır.

İşbu sigorta, poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında geçerlidir.

#### **2- TANIMLAR:**

##### **2.1 - FERDİ SİGORTA :**

Bir şahsın tek başına ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilerle birlikte sigortalanmasına denir.

##### **2.2 - SİGORTA POLİÇESİ :**

Sigortalı ile sigorta şirketi arasında tarafların karşılıklı hak ve borçlarını gösteren ve sözleşmenin kanıtlanması amacıyla düzenlenen belgedir.

##### **2.3 - SİGORTA ETTİREN :**

Ferdi sigortalarda, sigorta sözleşmesi akdederek sigortalı/sigortalılar lehine hareket eden, prim ödeme yükümlülüğünü taşıyan kimsedir.

##### **2.4 - SİGORTALI :**

Poliçe genel ve özel şartları uyarınca başvuru formu/sağlık beyanı doldurmuş ve sigorta güvencesi verilmiş kişi ve bu kimsenin sigorta kapsamına alınmış bakmakla yükümlü olduğu kişilere denir.

##### **2.5 - BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUNAN KİŞİLER :**

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

## **2.6 - PLAN :**

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

## **2.7 - TEMİNAT LİMİTİ :**

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

## **2.8 - KATILIM UYGULAMASI :**

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

## **2.9 - BEKLEME SÜRESİ :**

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

## **2.10 - MEVCUT RAHATSIZLIK :**

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

## **2.11 - KONJENİTAL (DOĞUŞTAN / DOĞUMSAL), YAPISAL HASTALIK VE SAKATLIKLAR :**

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

## **2.12 - KALITIMSAL HASTALIKLAR :**

Genetik geçiş gösteren hastalık ve maluliyetlerdir.

## **2.13 - TEŞHİS :**

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

## **2.14 - TEDAVİ :**

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

## **2.15 - SAĞLIK KURULUŞU :**

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

## **2.16 - ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU (YABANCI UYRUKLULAR İÇİN SAĞLIK SIGORTASI ANLAŞMALI KURUM LİSTESİ) :**

Sigortacı tarafından yabancı uyruklular için sağlık sigortası için sigortalıya isimleri bildirilen, yetkili sağlık kuruluşuna denir.

#### **2.17 - TEMİNAT KAPSAMI :**

Poliçede belirtilen teminatlar için sigortacının karşılamayı taahhüt ettiği sağlık harcamalarının tümüne denir.

#### **2.18 - ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURULUŞLARI :**

2. Madde 16 fıkrasında tarifli yapılan kuruluşlar dışında kalan sağlık kuruluşlarına denir.

#### **2.19 - TARİFE**

Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından yayınlanarak T.C. sınırları içerisinde mesleğini icra eden doktorların ücretlerini ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir. Tarifede ücret "TTB Asgari Ücret Tarifesi" isimli kitapta her bir tıbbi işlem için belirlenen "birim değer" in her il için ayrı olmak üzere belirlediği genel katsayının çarpımı ile bulunur.

#### **2.20 - KAZANILMIŞ HAK :**

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

#### **2.21 - SİGORTA SÜRESİ :**

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin 12:00'de başlar ve öğleyin saat 12:00'de sona erer. Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin tamamının ya da primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise prim peşinatının ödenmiş olması kaydıyla başlar. Sigorta başlangıç tarihi yeni sigortalarda başvuru formunun Şirkete giriş tarihi, yenileme ve geçişlerde poliçe bitiş tarihi olacaktır.

### **3- TEMİNATLAR :**

Bu sigorta, aşığıdaki teminatlardan poliçede belirtilmiş olanlarını, yine poliçede belirtilen limit ve uygulamaları esas alarak, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel Şartlar dahilinde karşılar. Poliçenin geçerli olduğu Anlaşmalı Kurumlar listesine [www.groupama.com.tr](http://www.groupama.com.tr) adresinden ( yabancı uyruklular için sağlık sigortası) ulaşabilirsiniz.

#### **3.1 - YATARAK TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :**

Sigortalının hastaneye yatıp, en az 24 saat kalmasını gerektiren tedavi masraflarını, ve 150 birim ve üzerindeki cerrahi tedavi masraflarını, dış gebelik, karaciğer biyopsisi, kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz uygulamaları, kardiyak ve serebral anjiyografi ile hastaneye yatırıldıktan sonra ölmesi durumunda morg masraflarını poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder. Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında 20.000 TL limit ve %20 sigortalı katılım payı uygulanacaktır.

Kemoterapi, radyoterapi , diyaliz ilaçları,yatarak tedavi esnasında kullanılan ilaçlar yıllık toplam 10.000 TL limit ile sınırlıdır.

Yatarak tedavi sırasında gerçekleşen teşhise uyumsuz masraflar karşılanmaz; teminat kapsamında olup, yatış endikasyonu gerektirmeyen masraflar ayakta tedavi teminatından karşılanır. Oda, Yoğun Bakım Ünitesi teminatları ve toplamda tüm yatarak tedavi teminatları için, masraflar teminat limitleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

Sigorta bitiş tarihinde devam etmekte olan yatarak tedaviler poliçenin Groupama Sigorta'dan ya da bir başka sigorta şirketinden yenilenmemesi şartıyla 10 günü geçmemek kaydıyla yatarak tedavinin bitimine kadar geçerlidir.

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

### **Ödenecek ameliyat ücretinin hesaplanması:**

Aynı seansta aynı kesi ile yapılan ameliyatlarda;

- \* 1. ameliyat için Tarifedeki birimin % 100'ü
- \* 2. ameliyat için Tarifedeki birimin % 50'si
- \* 3. ameliyat için Tarifedeki birimin % 25'i
- \* 4. ve daha sonraki ameliyatlar için Tarifedeki birimin %12,5'u baz alınarak hesaplama yapılır.

Aynı seansta ayrı kesi ile yapılan ameliyatlarda;

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

### **3.2 - HASTANE ODA MASRAFLARI TEMİNATI**

Sigortalının hastanede yatarak tedavi olması halinde oluşan standart oda, yemek masraflarını poliçede belirtilen günlük Teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder. Oda, Yoğun Bakım Ünitesi teminatları ve toplamda tüm yatarak tedavi teminatları için, masraflar teminat limitleri dahilinde en çok 180 gün için karşılanır. Refakatçi masrafları teminat kapsamında değildir

### **3.3 - YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ MASRAFLARI TEMİNATI :**

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

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

Yoğun bakım ünitesi teminatı maksimum 90 gün ile sınırlıdır.

### **3.4 - AYAKTA TEŞHİS / TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI**

Özel doktor muayenehanesinde ya da sağlık kuruluşunda ayakta gerçekleştirilen doktor muayenesi, teşhise yönelik laboratuvar testleri, tüm endoskopik uygulamalar, endoskopik küçük cerrahi müdahaleler (polipektomi gibi), , endoskopik biyopsi, ince iğne aspirasyon biopsileri, anjiyografiler (kardiyak ve serebral anjiyografiler hariç), MR, MR anjio, radyografik incelemeler, nükleer tıp ve algoloji uygulamaları vb masrafları poliçede belirtilen anlaşmalı ve anlaşmasız kurumlarda yıllık toplam 2.000 TL limit ve % 60 uygulamalı olarak temin eder.

Anlaşmalı sağlık kuruluşunda doktorun kadrolu olmaması durumunda teşhis, tedavi, fizik tedavi takip ücreti en fazla T.T.B asgari ücret tarifesi kadar ödenir. Doktorların teşhislerine yardımcı olması amacıyla muayene esnasında kendilerinin yapmış oldukları teşhis yöntemleri (ultrasonografi, smear/kültür alınması v.b.) masrafları doktor muayene ücreti içerisinde değerlendirilir.

Küçük Müdahale için; sigortalının ayakta tedavilerde pansuman, enjeksiyon, kulak yıkama, alçı uygulaması, oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, serum takılması, ben ve siğil alımı (nevüs, verruca), lipom alımı, parasentez, koterizasyon, krioterapi, hastanede kullanılan monitör cihaz ücretleri, müşahade yatak ve benzeri müdahale masrafları ile tarifede 149 birime kadar olan cerrahi müdahalelerin gerektirdiği masraflar, müdahale sırasında kullanılan sarf malzemeleri ayakta tedavi teminatı dahilinde olup, muayene, tetkik ve ilaç masrafları ayakta tedavi teminatından karşılanır. Cerrahi müdahaleler için doktor ücretlerinin hesaplanması 3.1. maddesi gibi uygulanır.

İlaç Masrafları için; Ayakta tedavilerde, doktorun reçete ile vereceği ilaçlar için yapılacak ödemeler, poliçede yazılı yıllık limit, uygulama ve muafiyetler çerçevesinde ayakta tedavi teminatı içerisinde karşılanır.

Bir kerede alınabilecek maksimum ilaç dozu poliçe tarihini geçmemek şartıyla iki ayı geçemez. Reçete tarihi ve ilaç alım tarihi arasında 7 günden fazla süre olmamalıdır. Sürekli kullanılan ilaçlar mevcut ise, poliçesi devam eden sigortalılar reçete tarihi itibarıyla 1 yıl süre ile reçete fotokopisi ile işlem yaptırabilir.

Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşunda doktor muayene ücretleri tarifinin T.T.B asgari ücret tarifesi ile sınırlı olup, doktorun teşhis, tedavi, ameliyat ve takip ücreti tarifeyi aşmayacak şekilde ödenir

### **3.5 - YARDIMCI TIBBİ MALZEME TEMİNATI:**

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

### **3.6 - YURT İÇİ ACİL YARDIM HİZMETİ:**

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

### **COĞRAFİ KAPSAM**

Hizmetler, Türkiye sınırları içinde geçerlidir.

### **YURT İÇİ ACİL YARDIM HİZMETİ**

## **A) TIBBİ HİZMETLER**

### **1. Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık**

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

### **2. Tıbbi Nakil**

#### **Hastaneye Nakil**

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

#### **Bir Hastaneden Diğere Nakil**

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

#### **Eve / İkamet Yakınındaki Hastaneye Nakil**

Tedavinin bitiminde, sigortalının asistans şirketinin belirleyeceği bir araçla, daimi ikametgah iline ya da ikameti yakınındaki uygun hastaneye veya sağlık merkezine, gereken gözetim altında, doğrudan nakli sağlanır. Asistans Şirketinin medikal ekibi ve tedavi eden hekim, Lehdarın sağlık durumunun, sıradan bir yolcu gibi nakline müsait olup olmadığını ya da başka ilave düzenlemelerin gerekli olup olmadığını; bedensel zarar ya da hastalığa uygun nakil aracını (kara ambulansı, hava ambulansı, tarifeli uçuş, v.b) tedavi eden doktorun yazılı raporu doğrultusunda belirleyeceklerdir.

### **3. Gerekli İlaçların Sevki**

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

### **4. Hastaneden Taburcu Oluşu Takiben Otelde Konaklama**

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

### **5. Refakatçi Nakli**

Sigortalının, 7 günden fazla hastanede kalması durumunda, bildireceği bir yakınının hastaya refakat edebilmesi için ulaşım gideri ödenir. Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

## **6. Refakatçi Yakınının Konaklama Giderleri**

Sigortalının hastanede 7 günden fazla kalmasının gerektiği durumlarda, bir yakın akrabasının konaklama masrafları oda/kahvaltı olmak üzere azami 4\* otelde veya refakat edilen hastanede azami birbirini izleyen 7 gece olmak kaydıyla konaklama masrafları ödenir. Refakatçiye, hastanenin bulunduğu bölgede 4 yıldızlı otel yok veya 4 yıldızlı otellerde yer müsait değil ise, 3 yıldızlı bir otel temin edilecektir. otel asistans şirket tarafından belirlenir.

## **7. Refakat Edilemeyen Çocukların Dönüşü**

Sigortalının tıbbi bakımı esnasında seyahat sırasında yanında bulunan, 15 yaş ve altındaki çocukların (varsa mevcut biletleri de kullanılarak) ikametgaha refakatçi eşliğinde geri dönüşleri ödenir. Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

## **8. Tedavi Sonrası İkametgaha Geri Dönüşün Sağlanması**

Daimi ikametgah ilinin dışındaki tedavisinin bitiminde sigortalının daimi ikametgahına nakli sağlanacak ve ilgili giderleri karşılanacaktır. Asistans şirketinin medikal ekibi ve tedavi eden hekim, Lehdarın sağlık durumunun, sıradan bir yolcu gibi nakline müsait olup olmadığını ya da başka ilave düzenlemelerin gerekli olup olmadığını; bedensel zarar ya da hastalığa uygun nakil aracını (kara ambulansı, hava ambulansı, tarifeli uçuş, v.b) tedavi eden doktorun yazılı raporu doğrultusunda belirleyeceklerdir.

## **9. Sigortalının Cenazesinin Tıbbi Şartlara Uygun Nakli**

Sigortalının daimi ikametgah ilinin dışında vefat etmesi durumunda asistans şirketi, cenazenin Türkiye sınırları içerisindeki defin yerine naklinin organizasyonu için tüm gerekli tedbirleri alır. Cenaze töreni ve defin masrafları kapsam dışıdır.

## **10. Sigortalının Vefatı Halinde Aile Fertlerinin Dönüşü**

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

## **11. Daimi İkametgaha Öngörülmeyen Dönüş (Yakınının Vefatı Durumunda)**

Sigortalının, ikametgahındaki akrabasının vefatı nedeniyle daimi ikametgah adresine acilen dönmesi gerekiyor ise, asistans şirket Sigortalının geri dönüşünü organize eder ve ulaşım masraflarını öder. Yurtiçi için gidiş-dönüş otobüs bileti veya 500 Km'yi aşan mesafeler için gidiş dönüş ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

\* Geri dönüş sonrasında Lehdar vefatı resmi bir evrak ile belgelendirmelidir.

## **12. Sigortalının Yakınının Sağlık Durumunun İzlenmesi**

Bir yakınının bedeni zarar veya hastalığı durumunda, yakınının sağlık durumu asistans şirketin medikal ekibi tarafından takip edilir ve durumundaki değişiklikler sigortalıya bildirilir.

### 13. Acil Mesajların İletilmesi

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

### YURTIÇİ ACİL YARDIM HİZMETİ GENEL İSTİSNALARI

Sigortalının, asistans şirketinin ön izni olmadan Kara Ambulansı dışında doğrudan doğruya kendisinin ödediği masrafları geri alma hakkı olmayacaktır. Kara Ambulansına ait faturalar ilgili teminat limitleri dahilinde ödenecektir.

2- Aşağıdaki nedenlerden ileri gelen hasarlar kapsam dışıdır:

- Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri.
- Kasten kendini yaralama veya Lehdarın bir suça iştiraki.
- Lehdarın her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan hasarlar.
- Lehdarın meşru müdafa hariç herhangi bir kavga / dövüşe karışması nedeniyle hasar.
- Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma veya gösteri için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle hasar.
- Herhangi bir nükleer yakıttan ileri gelen ionizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya nükleer bileşenin radyoaktif, zehirleyici ve diğer tehlikeli özelliklerinden doğrudan ya da dolaylı olarak ileri gelen veya bunların yol açtığı hasar.
- Alkol zehirlenmesi veya (ehliyetli bir hekimin talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) ilaç / uyuşturucu zehirlenmesinin etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam
- veya kısmi iş görememezlik durumu nedeniyle hasar.
- İntihar ya da teşebbüsü sonucunda ölüm, yaralanma veya hastalık.
- Tahmini doğum tarihinden 3 ay öncesine kadar hamileliğe ya da gönüllü çocuk düşürmeye bağlı olaylar.
- Akil hastalığı veya kişilik kaybına bağlı olarak kendisine, üçüncü kişilere ve çevresine zarar verdiği olaylar.

### SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

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

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

### TIBBİ NAKİL

Eğer Lehdar tıbbi nakil için başvuruyorsa şunları temin etmelidir :

- Assistans şirketinin bir an önce devreye girebilmesi için, kendisi ya da yükümlü olduğu kişinin:



\* Kaldırıldığı hastanenin adı, adresi ve telefon numarası.

\* Tedavi eden doktorun ve varsa aile doktorunun adres ve telefon numarası.

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

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

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

## **GENEL HÜKÜMLER**

### **i) Sınırlama**

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

### **ii) İstirdat (Geri Alım)**

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

## **KEFALETİN TESLİMİ**

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

## **DİĞER HUSUSLAR**

[www.groupama.com.tr](http://www.groupama.com.tr) adresinden poliçe şartlarının tamamına ulaşabilirsiniz.

## **4- BEKLEME SÜRELERİ :**

4.1 - Aşağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının ilk doktor muayene ücreti dışında ayakta tanı, ayakta tedavi, küçük müdahale, cerrahi ve yatarak yapılan teşhis ve tedavi harcamaları Groupama Sigortadaki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır:

*Kalp, Kanser, Organ Nakli ve Organ Yetmezliği, Adhezyolizis, Kronik Hastalıklar (Diyabet, Hipertansiyon KOAH,MS vb.), Fıtıklar, Hemoroit /Anal Fistül, Anal Fissür/Anal Apse Perianal Apse,Bartolin Absesi/Kisti, Meme Hastalıkları, Bademcik, Geniz Eti, TiroitBezi Hastalıkları/Guatr, Orta Kulak İltihabı, Katarakt, Glokom ve Retina Hastalıkları, Disk Hastalıkları(Diskopati), Safra Kesesi ve Safra Yolu Hastalıkları, Üriner Sistem Taşı, Over Kisti, Myom ve Prostat Hast. Sinüs Pilonidalis, her türlü*

*selim tümör- Kitle- Polip-Lipom-Nevüs Siğil (Verruca), Kist, Karpal Tünel Sendromu, Ulnar Tünel Sendromu, Varis, Koksartroz,gastroözofajial reflü, peptik ülser, otoskleroz, endometriozis, endometrioma, sinüzit, higroma, stres inkontinans, sistorektosel, omuz ve diz cerrahisi (menisküs, kıkırdak, sinovya ve bağ lezyonları, vb.).*

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

4.2 - Her türlü fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, algoloji uygulamaları Groupama Sigorta'daki ya da kazanılmış haklarının verilmesi şartıyla önceki şirketindeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

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

## **5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER :**

Sağlık Sigortası Genel Şartı'nın 2. Maddesine ek olarak, aşağıda yazılı haller ve bu hallere bağlı olarak gelişen durumlar nedeniyle;

Sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

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

5.2 - Sigortalının herhangi bir hastalığı olmadan tetkik ya da korunma amacıyla yaptırılan doktor muayene ve laboratuvar / röntgen v.b. uygulamaları, tedaviler, hastalıkların erken tanısına yönelik uygulamalar, check-up'lar, ilaç ve aşı masrafları,

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

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

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

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

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

5.8 - Septum deviasyonu, burun meca darlığı ve komplikasyonlarının masrafları,

5.9 - Konka hipertrofisi ve Halluks Valgus teşhis ve tedavi masrafları

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

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

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

5.13 - İmmunoterapi ve alerji testleri (cilt testleri, serumda kantitatif antijen tayinleri ve diğer tetkikler),

5.14 – Gebelik ve doğum ile ilgili tüm masraflar ve kuvöz masrafları

5.15 - Organ sağlanması ya da donör için yapılan masraflar,

5.16- Kanser ameliyatları sonucu uygulanan meme protezi ve meme ucu rekonstruksiyonu

5.17 - Şaşılık ve gözde kırılma kusurları için yapılan her tür tıbbi tedavi, lazer ve cerrahi uygulama masrafları , görme tembelliği için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları,

5.18 - AIDS, ARCS ve HIV virüsüne bağlı tüm hastalıklar, genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) genital ve anal kontagiosum, Human papilloma virüs (HPV ) teşhis ve tedavi masrafları ve zührevi hastalıkların teşhis ve tedavi masrafları,

5.19 - Gebeliğe bağlı kürtaj masrafları, kısırlaştırma (tüp ligasyonu, vazektomi v.b.), implant kontraseptifler, tüm doğum kontrol yöntemleri (spiral uygulaması, oral kontraseptifler vb.), oral düşük araştırması, iktidarsızlık (ereksiyon bozuklukları), cinsel işlev bozukluğu, infertilite (kısırlık) ve/veya kısırlığın giderilmesi için yapılan (tüp bebek, mikroenjeksiyon vb.) her türlü masraf, hsg ve histeresonografi vb. tetkikler, gebelik gerçekleşmeden çocuk istemi nedenli kontrol amaçlı yapılan tetkik, kontrol ve tedaviler,

5.20 - Her türlü sünnet ve komplikasyonları,

5.21 - Ayakta ve/veya yatarak tedavilerde bir sigorta yılı içinde 20 seansın üzerinde oluşan fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının gerektirdiği her türlü masraf,

5.22 - Psikiyatrik, psikolojik hastalıkların teşhis-tedavisi, psikosomatik hastalıkların tedavi masrafları ile psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı v.b. masrafları,

5.23 - Geriatrik hastalıklar (demans, alzheimer v.b.) ve psikogeriatric hastalıkların teşhis ve tedavi masrafları,

5.24 - Sigortalının alkol ve uyuşturucu maddeler tesiri altında bulunmasından ileri gelen her türlü hastalık ve kazanın gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları, alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımına bağlı olarak gelişen her türlü hastalık ve komplikasyonlarına ait teşhis ve tedavi masrafları, sigara, alkol v.b. her türlü madde bağımlılığını bırakma tedavisi masrafları,

5.25 - Alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, hipnoz, aromaterapi, nöral terapi v.b.) obezite, metabolik sendrom tanısına yönelik işlemler, metabolik cerrahi, obezite cerrahisi, diabet cerrahisi, kilo alma amacıyla yapılan uygulamalar ile ayak bakım merkezlerinde oluşan masraflar, PRP (Platelet Rich Plasma) kaplıca kür merkezlerinden alınan tüm hizmetler, masaj giderleri, diyet uzmanları, çamur banyoları, zayıflama merkezleri, jimnastik salonları ve benzeri yerlerde yapılan her türlü masraf, antiaging uygulamaları için yapılan her türlü masraf, beslenme ve diyet için yapılan her türlü teşhis ve tedavi masrafları, estetik güzellik merkezlerinde oluşan her türlü masraf, ses ve konuşma terapisi masrafları,

5.26 - Saç dökülmesi için yapılan her türlü muayene, teşhis ve tedavi masrafları, terleme tedavisi, iyontoforez, botox uygulamaları, orlistat ve türevleri ile yapılan tedaviler (xenical caps, v.b.), sibutramine ve türevleri ile yapılan tedavi masrafları (reductil caps)

5.27 - Reçeteye yazılsa dahi; Tarım ve Köyişleri Bakanlığından onaylı, Sağlık Bakanlığı'ndan ithalat izni ile ithal edilen ve ilaç ruhsatı olmayan drog, vitamin ve gıda destek ürünleri, tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar, sigara bırakmak amacı ile kullanılan nikotin preparatları, kontakt lens bakım preparatları, her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları, her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar, her türlü sabun, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, saç veya kepek şampuanı, cilt kremi, cilt sabunu, kozmetik ürünler, termofor, termometre v.b. masrafları,

5.28 - Diş hekimlerince diş, dişeti ve çeneye yapılan her türlü müdahale, teşhis ve tedavi masrafları,

5.29 - Gözlük-cam-çerçeve, kontak lens ve solüsyonları, tekerlekli sandalye, işitme cihazı, ICD, koltuk değneği, ortopedik bot-taban-terlik-ayakkabı masrafları,

5.30 - Çocuk bezi, mama, biberon, emzik, bebek bakım kremleri v.b. masrafları,

5.31 - Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli, ekstrem (uç, aşırı) sporlar (dağcılık, paraşütcülük, havada yolculuk dışı uçuş, su altı sporları, ralli, motokros, atv-utv kullanımı, vb.) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mükavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait giderler, sigortalının ehliyetsiz araç kullanımına bağlı her türlü kaza,

5.32 - Grevlere, lokavtla ilgili işçi hareketlerine, halk hareketlerine, kavgalara iştirakin doğuracağı sakatlıklar ve gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları,

5.33 - Hastanede ayakta ya da yatarak tedavi sırasında sağlanan özel hemşirelik hizmetlerine ait masraflar,

5.34 - Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri,

5.35 - Robotik cerrahi ile yapılan operasyonlarda robot kullanım v.b. masrafları,

5.36 - Tedavinin tıbben yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda poliçede belirtilen teminat limit ve uygulamalarının kapsamı haricinde günlük hastane giderleri tazminatı,

5.37 - Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

5.38 - Sigortalı bakıma gereksinim duyar duruma geldiği takdirde, Evde Hemşire Bakım Teminatı kapsamına girmeyen nedenlerden doğan bakım giderleri veya gündelik bakım parası,

5.39 - Poliçede belirtilen teminat, limit ve uygulamalar haricindeki tüm masraflar ile poliçe ek şartlarında belirtilen kapsam dışı özel durumlar.

## **6- COĞRAFI KAPSAM :**

Türkiye Cumhuriyeti coğrafi sınırları içinde ikamet eden kişilere poliçe yapılabilir.

## **7- TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI:**

Teminatların uygulanmasına ilişkin esaslar özel şartların 3.Maddesinin "Teminatlar" bölümünde açıklanmıştır.

## **8- TAZMİNAT ÖDEMESİ :**

### **Anlaşmalı sağlık kuruluşunda gerçekleşen sağlık harcamaları**

\* Anlaşmalı olan sağlık kurumunda gerçekleşen sağlık harcamaları için sigortalının başvuru sırasında anlaşmalı kurum yetkilisine sigortalı kartı ve pasaport aslını ibraz etmesi gereklidir. Bu belgeler olmaksızın yapılan başvurular, kuruluş tarafından doğrudan ödemeli olarak işleme alınmaz.

Sigortacı teminat kapsamına giren teşhis ve tedavilerde, özel şartlar madde 8.1.1 'de yazılı koşulların yerine getirilmesi kaydıyla, oluşan masrafları sigorta teminat, limit ve muafiyetleri dahilinde doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu'na (YABANCI UYRUKLULAR İÇİN SAĞLIK SIGORTASI ANLAŞMALI KURUM LİSTESİ) öder. Sigortacı, sigorta süresi içerisinde YABANCI UYRUKLULAR İÇİN SAĞLIK SIGORTASI ANLAŞMALI KURUM LİSTESİ listesinde değişiklik yapma, yeni bir kurum ekleme ya da çıkarma hakkını haizdir. Yabancı Uyruklular için sağlık sigortası Anlaşmalı Sağlık Kurum listesine [www.groupama.com.tr](http://www.groupama.com.tr) sitesinden ulaşılabilir.

\* "YABANCI UYRUKLULAR İÇİN SAĞLIK SIGORTASI ANLAŞMALI KURUM LİSTESİ'nde" yapılan ve Yatarak Teşhis / Tedavi Teminatı'na konu olan tazminat talebinin değerlendirilmesi ve kapsam dahilinde ise hastaneye doğrudan ödeme işleminin tamamlanabilmesi için;

i- Anlaşmalı kurum yetkilisi hekim tarafından doldurulan özel sağlık sigortası hasta bilgi formu ekinde tetkik sonuçları, poliklinik kayıt bilgileri, kaza ise trafik kaza zaptı-alkol raporu ile Groupama Sigorta'dan provizyon ister.

ii- Groupama Sigorta sigortalının provizyon talebine konu olan hastalığını sağlık kuruluşundan gönderilen belgeler doğrultusunda poliçe özel şartları, sağlık sigortası genel şartları ve teminat limitleri dahilinde değerlendirir. Değerlendirme sonucunda hastalık sigorta kapsamı dışında ise, karşılanmayan masrafların gerekçeleri sözlü/yazılı olarak anlaşmalı kuruma bildirilir. Hastalık sigorta kapsamında ise masrafların sigortalının teminat ve limitleri dahilinde karşılanacağını belirten "Ön Onay" yazısı Anlaşmalı Sağlık Kurumuna gönderilir. Ön onay gönderildiği tarihte sigortalının Groupama Sigorta nezdinde geçerli bir poliçesi olduğuna ilişkindir. Ön onay, yapılan tedavi

masraflarının mutlaka ödeneceği anlamına gelmeyecek olup, Groupama Sigorta tarafından kanun, sigorta genel ve özel şartları gereğince tazminatın ödenmemesi mümkündür.

iii- Sigortalının hastaneden çıkış işlemleri için Anlaşmalı Sağlık Kurumu masraflara ait ayrıntılı fatura dökümü ekinde ameliyat raporu, tetkik sonuçları, epikriz raporunu Groupama Sigorta'ya gönderir. Groupama Sigorta gelen belgelerin değerlendirmesini yapar ve yapılan işlemler sigorta kapsamında ise hastaneye fatura tutarının ne kadarının onaylandığını/ödediğini gösteren ibranameyi gönderir. Sigortalı bu ibranameye adını soyadını yazarak imzaladıktan sonra Groupama Sigorta'nın karşılamadığı masraflar var ise hastaneye öder ve çıkış işlemleri tamamlanmış olur.

iv- Tazminat talebine konu olan hastalıkla ilgili gerekli ve yeterli belgelerin hastane/hekim tarafından sigortacıya temin edilmesi gerekmektedir.

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

Yukarıda belirtilmiş olan şartlar sağlanmadığında sigortalı doğrudan ödeme uygulamasından faydalanamaz.

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

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

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

\* Sigortacı, tazminat tutarını sigortalı tarafından tazminat talebiyle bildirilen bir banka hesabına yatırır. Tazminat ödemesinin yapılabilmesi için geçici kimlik numarası (yabancı uyruklular için vergi kimlik no) bildirimini yapmış olmalıdır.

\* Sigortalının hastalık ve / veya sakatlığının teşhis ve tedavisi için yapılan tıbbi girişim ve uygulamalar ilgili hastalık veya sakatlığa özgü genel teşhis ve tedavi yöntemleriyle uyumlu ve makul olmalıdır.

\* Tazminat, sigortalı tarafından bildirilen banka hesap numarasına / IBAN numarasına ödenir.

\* Rücu : Sigortacı, Poliçenin Özel Şartları'na ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına aykırı düşen giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fer'ileri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir.

\* Halefiyet : Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

\* Groupama Sigorta, mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb) alışverişinde bulunabilir. Groupama Sigorta'nın sağlık sigortası ürününe sahip kişiler sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmi kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir.

\* Sigortalılık süresi içinde karşılanmayan bir tazminatın tekrar değerlendirilmesi için sigortalı Groupama Sigorta istemeden tetkik yaptırırsa, tazminatın ödenmesine karar verilsin ya da verilmesin sigortalının kendi isteği ile yaptırdığı tetkik masrafları Groupama Sigorta tarafından karşılanmayacaktır.

\* Anlaşmalı sağlık kuruluşunda ayakta ya da yatarak tetkik ve tedavilerde doğrudan ödeme hizmetinden yararlanmayan sigortalıların tazminat talepleri ilgili kuruluşun Groupama Sigorta için belirlediği anlaşmalı fiyatlar baz alınarak teminat limitleri doğrultusunda karşılanır .

#### **Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşunda gerçekleşen sağlık harcamaları**

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

1. Fatura aslı (fatura üzerinde yapılan tetkiklerin, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçların, yapılan ameliyatların, doktor ücretlerinin vb.nin ayrıntılı dökümü olmalı)
2. Reçete aslı, ilaç kutuları ve eczane kasa fişi aslı,
3. Tetkik yapıldı ise sonuçlarının fotokopisi (tahlil, röntgen, MR v.b),
4. Yatarak tedavi ise epiksiz raporu ile müşahede dosyası fotokopisi,
5. Ameliyat ise ameliyat raporu,
6. Operasyon ücreti, anestezi ve asistan ücretlerinin ayrı faturalar halinde tanzim edildiğinde, hastane faturasına yapılan masrafların dökümünün eklenmesi gerekmektedir.
7. Kaza sonucu oluşan bir durum ise kaza zaptı, alkol raporu,
8. Yurtdışında tedavi söz konusu olması durumunda, sigortalının tedavi tarihinde tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu gösteren pasaport fotokopisi, faturanın ödendiğine dair belge,
9. Trafik kazası sonrası acil dış tedavisi ise panoramik röntgen.
10. Pasaport aslı
11. Ödeme yapılacak kişiye ait Türkiye'de geçerli bir banka hesap numarası

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

#### **SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ:**

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

Yenileme tarihinin üzerinden 30 gün veya daha fazla süre geçmişse; sigortalı için yeni sigortalı gibi yeniden başvuru formu düzenlenecek yeni bir sigortalı gibi sigortaya katılacaktır. Kazanılmış hakları geçerli olmayacak, varolan ve hasar alınmış hastalıklar tamamen teminat dışı bırakılacak ve poliçenin ek şartlarında belirtilecektir. Poliçenin H/P oranına bağlı sürprim uygulaması yapılabilecektir.

Yenileme döneminde farklı bir plana geçiş talebi olması halinde kazanılmış haklar geçerli olmayacak, yeni iş olarak değerlendirilecektir. Sigortacı, sigortalıların sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek yenileyip yenilememe kararı verir.

Sigortacı, yenileme kararını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir. Sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Groupama Sigorta'nın sağlık sigortası ürününe sahip kişiler sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde resmi kurumlarla yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir.

Bu bilgiler ile birlikte sigortalı olduğu dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve / veya hastalıklarını değerlendirerek, yenileme döneminde istisna bırakabilir, hastalık limiti uygulayabilir veya hastalık ek primi uygulayarak ilgili rahatsızlık / hastalığı teminat kapsamına alabilir.

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

## **10- PRİM TESPİTİ :**

### **10.1 - Primin Tespitine İlişkin Kriterler:**

Sigorta primi; yaş, cinsiyet ve seçilen plan için belirlenmiş standart tarife primlerinin üzerinden sigortalının hasar/prim oranı, mevcut hastalık riskleri ve poliçe için geçerli yabancılar için sağlık sigortası anlaşmalı kurum listesi kriterleri göz önünde bulundurularak hesaplanır. Standart tarife primleri belirlenirken; Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'ndeki değişimler, özel hastane cari fiyatlarındaki, ilaç ve sarf malzeme fiyatlarındaki artışlar, yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile değişen maliyetler, genel giderler, komisyon, sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet, hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikleri, ödeme süreleri, faiz oranları, enflasyon ve döviz kurları gibi etkenler dikkate alınır. Standart tarife primleri ve primin hesaplamasını etkileyen kriterler gerekli görülmesi halinde yeniden belirlenebilir ve değiştirilebilir. Poliçe primleri, poliçe başlangıç tarihinde geçerli olan standart tarife primleri ve tarife modeli üzerinden hesaplanır.

### **10.2 - Prime İlişkin Düzenlemeler :**

\* Groupama Sigorta yenileme primlerinin hesaplanmasında standart tarife primi üzerinden hasar ek primi uygulama hakkına sahiptir.

\* Sigortalının hastalık/rahatsızlıkları için hastalık başına %5-%50 aralığında hastalık ek primi uygulanabilecektir.

\* Yenileme priminin belirlenmesinden sonra bir önceki poliçeye ait tazminat talebi oluşur ve bu tazminat sonucunda yenileme priminde bir değişiklik söz konusu olursa sigortacı ek prim alabilir veya sözleşmeyi fesh edebilir.



## **11- YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ :**

11.1. Sigortaya ilk defa girişlerde sigortalılar için üst yaş limiti azami 60'dır.

11.2. 11 Ekim 2006 tarihli, "Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi " hakkındaki kanun ve bu kanun uyarınca 9 Ocak 2008 tarihinde yayınlanarak, 1 Nisan 2008' den itibaren yürürlüğe giren " Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Tedbirler Hakkında Yönetmelik " gereğince, sigorta şirketleri ve aracı aracı kurumlarının kimlik tespit yükümlülüğü oluşmuştur.

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

\* *İlgilinin adı,soyadı*

\* *Doğum yeri ve tarihi*

\* *Anne Baba adı*

\* *Uyruğu*

\* *TC kimlik numarası (TC vatandaşları için)*

\* *Kimlik belgesinin türü ve numarası*

\* *Adresi ve imza örneği*

\* *Varsa telefon numarası, faks numarası, elektronik posta adresi ile iş ve mesleğine ilişkin bilgiler.*

11.3. Sigortalıların yeni doğan ve doğumu sigortacıya yazılı olarak bildirilen çocukları için aşağıdaki uygulamalar geçerlidir :

Sağlıklı olması şartı ile en erken 14. günden itibaren sigorta döneminin sonuna kadar gün esaslı prim karşılığı sigorta kapsamına alınabilir.

Ebeveynleri ile birlikte ilk defa sigorta kapsamına alınacak bebekler en erken 14.günden itibaren risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kapsamına alınabilir.

Doğum tarihi itibarıyla 14. günden sonra yapılan başvurularda, poliçeye giriş tarihi başvuru formunun sigortacı tarafından teslim alındığı tarih olacaktır.

Poliçe içerisinde yer alan tüm aile bireylerinin aynı planı seçmesi gerekmektedir. Ebeveynlerin farklı planlarda ve farklı poliçelerde olması halinde; çocuk, sigorta kapsamına gireceği ebeveyni ile aynı planı alır.

11.4. Sigorta kapsamına sigorta yılı içinde girecek kişiler için ödenmesi gereken prim, gün esasına göre hesap edilerek düzenlenecek poliçe ekinde gösterilir. Sigorta yılı içinde sigortadan ayrılma talebinde bulunan sigortalılar iptal dilekçesini üzerindeki tarih itibarıyla 7 gün içinde Groupama Sigorta'ya ulaştırmalıdır. Evrağın üzerinde herhangi bir tarih olmaması halinde iptal işlemi evrağın Groupama Sigorta'ya ulaştığı tarih itibarıyla yapılır.

## **12- GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR :**

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

\* Sigortacı, önceki poliçesi diğer şirkette olan sigortalıya risk değerlendirmesi sonucu kazanılmış hak verip vermemekte serbesttir. Diğer şirketin sigortalısına kazanılmış haklarını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, sosyal ve/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir, Sigorta Bilgi Merkezinden, önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir ve Sigorta Bilgi Merkezi ile bilgi paylaşımı yapabilir. Sigortalı, Groupama Sigorta'ya veya önceki sigorta şirket(ler)ine verdiği sağlık beyanında ihbar yükümlülüğüne uymadığı takdirde kazanılmış haklarından söz edilemez.

\* Kazanılmış hakların verilebilmesi için, sigortalının bir önceki poliçesinde en az 1 yıl sigorta kapsamında olması ve sigorta bitiş tarihinden itibaren 30 günden fazla süre geçmemiş olması gerekmektedir. Kazanılmış hakların kaybedilmemesi için 30 gün içinde Risk değerlendirmesi sonucu belirlenen şartlarda ve primde mutabık kalınması ve başvuru formunun Groupama Sigorta'ya ulaştırılmış olması gerekmektedir. Groupama Sigorta'daki başvuru tarihi ile bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihi arasında 30 günlük bir süre olması durumunda poliçe başlangıç tarihi diğer şirketteki poliçe bitiş tarihi olacaktır. Ancak diğer şirketteki poliçe bitiş tarihi ile Groupama Sigorta tanzim tarihi arası için hasarsızlık formu doldurulması istenecektir. Bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihinin üzerinden 30 günden daha fazla süre geçmişse; sigortalı için yeni sigortalı gibi işlem yapılarak kazanılmış hakları verilmeyecektir.

\* Sigortalının, önceki poliçesinin özel şartlarında/teminatlarında yer alan ama yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda/teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir. Ancak, yeni dönem için geçerli özel şartlarda mevcut olan ama bir önceki dönem özel şartlarda yer almayan haklar sigortalı için de geçerli olacaktır.

\* Sigortaya diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde sigortalılar için üst yaş limiti 60'tır.

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

### **13- VERGİ - RESİM VE HARÇLAR :**

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

### **14- TEBLİGAT ADRESİ:**

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

### **15- İHTİLAFLAR:**

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

### **16- VERGİ AVANTAJI:**

#### **GELİR VERGİSİ YÖNÜNDEN**

- \* Bordro ile gelir elde edenler (ücretliler)
- \* Beyana tabi gelir vergisi mükellefleri

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

### **17 - SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI:**

Sigorta süresi dolmadan sigorta ettiren tarafından sağlık poliçesinin iptal edilme talebi gelmesi halinde aşağıdaki koşulların gerçekleşmesi gerekmektedir.

- İkamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin şirkete ibrazında,
- İkamet izninin iptalinde,
- 5510 sayılı Sosyal sigorta ve Genel Sağlık sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazında,  
Ayrıca ülkeden çıkış tarihini gösterir gerekli belgelerin sigorta şirketine gönderilmesi gerekmektedir.

Sözleşmenin sonlandırılması durumunda , sigortacılık prensipleri dahilinde, son hasar tarihinden önce olmamak koşuluyla gün esasına göre prim tahakkuk ettirilerek iptal işlemi yapılır.

### **8 - SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI**

#### **TEMİNAT KAPSAMI**

##### **Madde 1**

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

#### **TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER**

##### **Madde 2**

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

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

- g- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile
- h- Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

## **AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER**

### **Madde 3**

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

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

## **SİGORTANIN COĞRAFI SINIRI**

### **Madde 4**

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

## **SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU**

### **Madde 5**

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

## **SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ**

### **Madde 6**

Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlarından kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin / sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektirecek hallerde,

a- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

*Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.*

b- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren / sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat

12:00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

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

d- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya, sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut, bu ihbarın hüküm ifadeetmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse Sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

## **SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ**

### **Madde 7**

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

1- Sözleşmeyi fesheder veya,

2- Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

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

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir. Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

## **SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ**

### **Madde 8**

Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın ( ilk taksit ) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin tesliminin karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse sigorta primini ve primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatı, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.

Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırılacağı hallerde, bu bir aylık sürenin ilk on beş gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

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

Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

Poliçenin önyüzüne yazılması kaydıyla rizikonun gerçekleşmesi ile henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir. Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

## **RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ**

### **Madde 9**

#### **A- Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:**

\* Sigorta ettiren / sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazılı ile bildirmeye mecburdur.

\* Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimlerden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor olarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

#### **B- Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:**

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır. Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkına haiz olup bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

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

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

a- Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

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

## **MASRAFLARIN TESPİTİ:**

### **Madde 10**

İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder. Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz:

- a- İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler
- b- Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

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

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

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

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

d- Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdiremez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

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

f- Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacı dava edilemez. Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumundan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

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

h- Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya denir.

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

## **TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI**

### **Madde 11**

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

## **MÜŞTEREK SİGORTA**

### **Madde 12**

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

## **SIRLARIN SAKLI TUTULMASI**

### **Madde 13**

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

## **TEBLİĞ VE İHBARLAR**

### **Madde 14**

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

## **YETKİLİ MAHKEME**

### **Madde 15**

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

## **ZAMAN AŞIMI**

### **Madde 16**

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

## **ÖZEL ŞARTLAR**

### **Madde 17**

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