

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1- SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI:

Groupama Sigorta, poliçe ve poliçe ekinde isim ve doğum tarihi belirtilen sigortalı/sigortalıların poliçede veya eklerinde belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde özel ve iş hayatlarında meydana gelecek bir hastalık, doğum ve/veya kaza sonucu ayakta ve yatarak yapılacak teşhis/tedavi masraflarını ekli poliçede belirtilen (seçilen planda mevcut) teminatlar, limitler ve uygulamaları dahilinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel Şartlar hükümlerine göre Groupama Özel Sağlık Sigortası Teminat Tablolarında (Turkuaz, Eko Turkuaz, A, E, F, G, K, K1, K2, L) belirtilen kapsam doğrultusunda temin eder. Bu poliçe, sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle günlük iş görememe parası ve "Evde Hemşire Bakım Teminatı" altında düzenlenen haricindeki bakım giderlerini karşılamaz. İşbu sigorta, poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında geçerlidir.

2- TANIMLAR:

2.1 - 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:

Ferdî 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 programlarına 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 var olan 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 (ASK) :

Sigortacı tarafından sigortalıya isimleri bildirilen, yetkili sağlık kuruluşuna denir.

2.17 - EKONOMİK PLAN ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI:

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

2.18 - DİĞER SAĞLIK KURULUŞLARI:

2.Madde 16 ve 17.fıkrasında tarifi 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 belirlendiği genel katsayının çarpımı ile bulunur.

2.20 - ACİL DURUM:

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

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

2.21 – 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.

3- TEMİNATLAR:

Bu sigorta, aşağıdaki teminatlardan poliçede belirtilmiş olanlarını, yine poliçede belirtilen limit ve uygulamaları esas alarak, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu Özel Şartlar dahilinde karşılar.

3.1 -ANNELİK TEMİNATI:

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

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

Sigortalıların yenileme döneminde daha yüksek annelik teminatı içeren bir plana geçişlerinde annelik teminatı en fazla bir önceki yıl planının annelik teminatı ile sınırlı olacaktır. Bir sonraki yenilemeden itibaren ise mevcut planın annelik teminatı limiti kullanılabilir.

Doğum teminatına konu olan masraflarını SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) kapsamındaki sosyal güvence sigortasından tazmin eden sigortalılarımızdan (SGK fark faturasının Groupama Sigorta anlaşmalı fiyatları altında kalması durumunda) sigortalı katılım payı alınmayacaktır.

Bu teminat Turkuaz, Eko Turkuaz ve Plan F poliçelerinde geçerli değildir.

3.2 - AYAKTA TEŞHİS / TEDAVİ MASRAFLARI TEMİNATI :

Özel doktor muayenehanesinde ya da sağlık kuruluşunda ayakta gerçekleştirilen doktor muayenesi, doktor tarafından gerekli bulunan reçeteli ilaç, 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 anjiyo, radyografik incelemeler, nükleer tıp ve algoloji uygulamaları vb masrafları poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

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

Tetanoz, pnömokok kuduz ve grip aşılı bu teminat kapsamındadır.

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

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

Bu teminat Turkuaz ve Eko Turkuaz poliçelerinde geçerli değildir.

3.3 - AŞI MASRAFLARI TEMİNATI:

Sadece Plan G'de geçerli olmak üzere, sigortalının sigorta yılı içinde korunma amacıyla oluşan, ayakta tedavi teminatı kapsamında ödenen aşılardan dışındaki tüm koruyucu aşılardan bu teminat kapsamındadır.

Bu teminat sadece Plan G poliçelerinde geçerlidir.

3.4 - EVDE HEMŞİRE BAKIM TEMİNATI:

Sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde, sigortalının görevlendireceği ikinci bir doktor veya doktorların da onaylaması şartıyla, sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması halinde oluşan masraflarını poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Sigortalının Evde Hemşire Bakım Teminatı'ndan yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrakeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

Sigortalının, günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans (idrara kaçırma) ya da immobilize (hareket edememe) olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yolu ile ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateterinin olması, evde yalnız yaşıyor ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığı olması Evde Hemşire Bakım Teminatı kapsamına girmez.

Sigortalının bakımını üstlenecek hemşirenin sağlık eğitimi veren resmi devlet okullarından veya yurt dışındaki muadili sağlık eğitim kurumlarından mezun olması ve sigortalıyla akrabalık ilişkisinin olmaması gerekmektedir.

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

3.5 - HASTANE ODA - REFAKATÇI MASRAFLARI TEMİNATI:

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

Oda-Refakatçi, 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.

3.6 - HASTANE SONRASI AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI:

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

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

3.7 - TRAFİK KAZASI SONRASI ACİL DIŞ TEDAVİSİ TEMİNATI:

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

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

Bu teminat Plan F poliçelerinde geçerli değildir.

3.8 - 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, kardiyak ve serebral anjiyografi ile hastaneye yatırıldıktan sonra ölmesi durumunda morg masraflarını poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder. Kanser ameliyatları sonucu ilk meme protezi ve meme ucu rekonstruksiyonu tüm sigortalılık süresi boyunca bir defaya mahsus kapsam dahilindedir.

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

Oda-Refakatçi, 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.

3.9 – KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI

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, müşahede yatak ve benzeri müdahale masrafları ile tarifede 149 birime kadar olan cerrahi müdahalelerin gerektirdiği masraflar, müdahale sırasında kullanılan sarf malzemeleri bu teminat dahilinde olup, muayene, tetkik ve ilaç masrafları ayakta tedavi teminatından karşılanır.

3.10 – EKO TURKUAZ YATARAK TEDAVİ TEMİNATI:

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

Bu teminat sadece Eko Turkuaz poliçelerinde geçerlidir.

3.11 – ANLAŞMASIZ KARA AMBULANS MASRAFLARI TEMİNATI:

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

3.12 - YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ MASRAFLARI TEMİNATI:

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

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

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

Oda-Refakatçi, 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.

3.13 - SUNİ UZUV VE PROTEZ MASRAFLARI TEMİNATI:

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

3.14 - ACİL MÜDAHALE TEMİNATI:

Özel şartlar madde-2.20'da belirtilen "acil durum" tanımına uyan hallerde, gerçekleşecek ilk müdahale (muayene, tetkik ve tedavi) giderlerini yine poliçede belirtilen teminat limiti ve temel uygulama esasları dahilinde karşılar. Bu teminat sadece ekonomik plan anlaşması olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen harcamalarda madde 7.11.ii esaslarına göre geçerlidir.

Ekonomik plan anlaşması olmayan kurumlarda ilk müdahale sonrası oluşabilecek masraflar sadece Ekonomik Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'nda gerçekleşmesi halinde karşılanır.

Bu teminat sadece Plan F poliçelerinde geçerlidir.

3.15 - ACİL AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI:

Özel Şartlar Madde-2.20'da belirtilen "acil durum" tanımına uyan hallerde, ayakta gerçekleşecek ilk müdahale (muayene ve tetkik) giderlerini yine poliçede belirtilen teminat limiti ve temel uygulama esasları dahilinde karşılar. İlk müdahale sonrası oluşabilecek masraflar (kontrol muayene, tetkik v.b.) teminat haricidir.

Bu teminat sadece Turkuaz ve Eko Turkuaz poliçelerinde geçerlidir.

3.16 –REHABİLİTASYON TEMİNATI:

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

3.17 - 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.

3.18 - KONTROL MAMOGRAFİSİ TEMİNATI:

40 ve üzeri yaşlardaki bayanlar için tıbbi bir talep olmaksızın kontrol amaçlı çektirdikleri mamografi masraflarına ait giderler, belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile karşılanacaktır. Bu teminat Groupama Sigorta A.Ş.'nin check up için belirlediği anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla 6 ay bekleme süresine tabidir.

3.19 - KONTROL PSA TEMİNATI:

40 ve üzeri yaşlardaki erkek sigortalıların tıbbi bir talep olmaksızın kontrol amaçlı yaptırıkları PSA tetkikine ait giderler , belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile karşılanacaktır. Bu teminat Groupama Sigorta A.Ş.'nin check up için belirlediği anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla 6 ay bekleme süresine tabidir.

3.20 - KLASİK CHECK - UP TEMİNATI

Sadece Plan G'de geçerli olmak üzere 18 yaş (dahil) ve üzeri sigortalılar için tıbbi bir talep olmaksızın yılda bir defa içeriği aşağıda belirtilen check-up masraflarına ait giderler, bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlardayaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır.

Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla 3 ay bekleme süresine tabidir.

Plan G ürününde yer alan Klasik Check- Up içeriğinden yararlanmak isteyen sigortalılarımız check- up anlaşmalı kurumlar listesinde yer alan tüm kurumlardan hizmet alabilecektir. VIP Check-Up ile Diyetisyen Check- Up ise sınırlı anlaşmalı kurumda geçerli olup, Klasik Check -Up'a alternatif olarak sunulmaktadır.

Plan G sigortalıları Klasik Check- Up veya (VIP Check- Up+Diyetisyen check up) teminatlarından sadece birini kullanabileceklerdir.

Klasik Check -Up teminatının içeriği;

Hekim muayene

Tam kan sayımı (18 parametre)

Tam idrar tahlili

Açlık kan şekeri

SGPT (ALT)

SGOT (AST)

Total kolesterol

LDL

HDL

Trigliserid

Tüm batin USG

Akciğer grafisi

EKG

3.21- VIP CHECK- UP TEMİNATI:

Plan E ve Plan G'de geçerli olmak üzere 18 yaş (dahil) ve üzeri sigortalılar için tıbbi bir talep olmaksızın yılda bir defa içeriği aşağıda belirtilen check-up masraflarına ait giderler, bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır.

VIP Check- up teminatından yararlanmak isteyen sigortalılarımızın öncelikle 0850 250 50 50 no'lu telefonda Groupama Çağrı Merkezi'ni aramaları gerekmektedir.

Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla 3 ay bekleme süresine tabidir.

VIP Check – up teminatının içeriği;

Hekim muayene

Akciğer grafisi

EKG

Tüm Abdomen US

Glukoz

Üre nitrojeni, kan (BUN)

Kreatinin, Egfr

Total Kolesterol

HDL Kolesterol

LDL Kolesterol

Trigliserid

VLDL Kolesterol

Total Kolesterol/HDL Kolesterol

HDL dışı kolesterol

SGOT (AST)

SGPT (ALT)

GGT

Alkalen Fosfataz
Hemogram (26 parametre)
Sedimentasyon
Tam idrar tahlili
VUCUT ANALİZİ
*DİYETİSYEN GÖRÜŞMESİ

3.22- DİYETİSYEN CHECK UP TEMİNATI:

Plan E ve Plan G'de geçerli olmak üzere 18 yaş (dahil) ve üzeri sigortalılar için tıbbi bir talep olmaksızın yılda bir defa içeriği aşağıda belirtilen check-up masraflarına ait giderler, bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır.

Plan G 'de VIP Check up'a ek, Plan E 'de alternatif olarak her yıl geçerlidir. Plan E sigortalıları VIP Check -Up veya Diyetisyen Check-Up teminatlarından sadece birini kullanabileceklerdir.

Diyetisyen Check- up teminatından yararlanmak isteyen sigortalılarımızın öncelikle 0850 250 50 50 no'lu telefonda Groupama Çağrı Merkezi'ni aramaları gerekmektedir.

Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla 3 ay bekleme süresine tabidir.

Diyetisyen Check – up teminatının içeriği;

Tam kan sayımı
Kan şekeri (Açlık)
İnsülin
HOMA
Total Kolesterol
Trigliserid
ÜRE
Kreatinin
Egfr
TSH
Anti TPO
VUCUT ANALİZİ (su , kas, kemik, yağ)
*DİYETİSYEN GÖRÜŞME

3.23- ELİT CHECK- UP TEMİNATI:

Plan A,L,K,K1,K2,F,Turkuaz ve Eko Turkuaz planları için geçerli olmak üzere 18 yaş (dahil) ve üzeri sigortalılar için tıbbi bir talep olmaksızın içeriği aşağıda belirtilen check-up masraflarına ait giderler, bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlarda yaptırılması koşulu ile ücretsiz olarak karşılanacaktır. Bu teminat için anlaşma yapılmış kurumlar dışındaki giderler teminat kapsamı dışındadır.

Plan A,L,K,K1,K2,F planları için Elit check up anlaşması yaptığımız kurumlarda yılda bir kez , Turkuaz ve Eko Turkuaz Planları için iki yılda bir kez geçerlidir.

Elit Check- up teminatından yararlanmak isteyen sigortalılarımızın öncelikle 0850 250 50 50 no'lu telefonda Groupama Çağrı Merkezi'ni aramaları gerekmektedir.

Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla 3 ay bekleme süresine tabidir.

Elit Check – up teminatının içeriği;

Hekim muayene
Akciğer grafisi
EKG
Glukoz
Kreatinin
EGFR
Total Kolesterol
LDL Kolesterol
Total Kolesterol / HDL Kolesterol
SGPT (ALT)
Kan sayımı (26 parametre)
Tam idrar analizi

VUCUT ANALİZİ (su , kas, kemik, yağ)
*DİYETİSYEN GÖRÜŞMESİ

PLAN ADI	CHECK UP ADI	UYGULAMA	AÇIKLAMA
PLAN G	KLASİK CHECK UP	HER YIL	Klasik Check Up veya VIP Check Up+Diyetisyen Check-Up'dan biri seçilebilir.
	VIP CHECK UP+DİYETİSYEN CHECK UP	HER YIL	
PLAN E	VIP CHECK UP	HER YIL	VIP Check Up veya Diyetisyen Check Up 'dan biri seçilebilir
	DİYETİSYEN CHECK UP	HER YIL	
PLAN A,L,F,K,K1 VE K2	ELİT CHECK - UP	HER YIL	
PLAN TURKUAZ, EKO TURKUAZ	ELİT CHECK - UP	2 YILDA BİR	

*Diyetisyen Hizmetleri, check up teminatının diyetisyen anlaşması olan belirli kurumlarda kullanılması durumunda geçerlidir. Check teminatında yer alan tüm işlemler aynı kurumda yaptırılmalıdır.

3.24- YENİ DOĞAN KÜVÖZ MASRAFLARI TEMİNATI:

Plan G ve E ürünlerinde geçerli olmak üzere, doğum masrafları Groupama Sigorta tarafından karşılanmaya hak kazanmış sigortalıların bebekleri, ilk 14 gün içerisinde poliçe yaptırmaları şartıyla bu teminattan yararlanabilecektir. Bu teminat, yeni doğan bebeklerin doğumdan sonra küvözde kalmaları nedeniyle oluşan tedavi giderlerini poliçede yazılı teminat limit ve uygulamaları dahilinde karşılar. Bu teminatın limiti yıllıktır.

3.25- KEMİK DENSİTOMETRİ TEMİNATI:

50 ve üzeri yaşlardaki bayanlar için sigortalıların tıbbi bir talep olmaksızın kontrol amaçlı yaptırdıkları Kemik Densitometri tetkikine ait giderler, belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile karşılanacaktır. Bu teminat Groupama Sigorta A.Ş.'nin check up için belirlediği anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Bu teminat Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla 6 ay bekleme süresine tabidir.

Bu teminat Turkuaz, Eko Turkuaz poliçelerinde geçerli değildir.

3.26- KONJENİTAL(DOĞUŞTAN/DOĞUMSAL)HASTALIKLAR TEMİNATI

Madde11.3 de tanımlanan Başak Çocuk olma ayrıcalığı ile sigortalanan ve 16/02/2009 tarihinden sonra doğan çocukların konjenital (doğuştan /doğumsal) hastalıklarına ait yatarak tedavi masrafları bekleme süresi olmaksızın poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması ile kapsam dahilindedir. (Kuvöz teminat bulunmayan planlarda doğan çocukların küvöz masrafları bu teminattan ödenmez.)

ÖBYG hakkı almış ve en az 5 yıl Groupama Sigorta'da sigortalı olan kişilerin konjenital (doğuştan /doğumsal) hastalıklarına ait yatarak tedavi masrafları Groupama Sigorta'ya giriş tarihinden sonra teşhis edilmesi kaydı ile poliçede yer alan konjenital (doğuştan /doğumsal)hastalıklar teminat limiti ve uygulamaları dahilinde 6.poliçe yılından itibaren ödenecektir.

Konjenital (doğuştan/doğumsal) hastalıklar teminatı tüm sigortalılık süresi içerisinde belirlenen teminat limiti ile sınırlıdır.

Bu teminata oda-yemek-refakatçi masrafları dahildir.

4- BEKLEME SÜRELERİ:

4.1- Aşağıda yazılı hastalıklar ve komplikasyonlarının cerrahi ve yatarak yapılan teşhis ve tedavi harcamaları Groupama Sigortadaki ya da kazanılmış haklarının verilmesi şartıyla önceki şirketindeki ilk sigortalanma tarihini takip eden 12 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır:

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

Şu kadar ki:

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

4.2- Her türlü fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, algoloji uygulamaları (madde 2.20' de belirtilen acil durumların tanımına uyan haller hariç), 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 olacaklardır. (ÖBYG hakkı bulunmayan sigortalılar için geçerlidir)

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

4.4- Kontrol mamografisi, kontrol PSA, kemik dansitometri teminatları kapsamına giren harcamalar Groupama Sigortadaki ilk sigortalanma tarihini takip eden 6 ay boyunca; check –up teminatları kapsamına giren harcamalar ise 3 ay boyunca sigorta kapsamı dışındadır.

5- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER :

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

5.1- Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden önceki mevcut rahatsızlıkları ve mevcut maluliyetleri, doğuştan ileri gelen (Konjenital (doğuştan/doğumsal) hastalıklar teminatına hak kazananlar dışında)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 (grip, pnömokok, kuduz, tetanos ve 3-2 maddesinde belirtilen çocuk aşıları hariç) masrafları,

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

5.4- Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler ve deneysel tedaviler, kayroprakter uygulamaları, 7 PRP , kanser tedavileri haricindeki tedavilerde kök hücre nakli ve kök hücre kullanımı

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

5.6 - Sigorta başlangıç tarihinden itibaren sigortalının geçirebileceği bir kazanın gerektirdiği haller dışında her türlü plastik ameliyatlara, estetik amaçlı teşhis ve tedaviler, jinekomasti, cinsiyet değiştirme ameliyatlara, 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 meadarı ve komplikasyonlarının masrafları,

5.9 - Konka hipertrofisi ve Halluks Valgus (ancak ÖBYG hakkına sahip olup Groupama Sigorta'da ilk sigortalanma tarihi itibarıyla kesintisiz en az 4 yıl sigortalılık geçmişi bulunan sigortalıların bu süre içinde teşhis edilen Konka ve Halluks Valgus rahatsızlıkları teminat kapsamındadır.),

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 - Spermatozel, varikozel, 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 - İmmünoterapi ve alerji testleri (cilt testleri, serumda kantitatif antijen tayinleri ve diğer tetkikler),

5.14 - Kuvöz masrafları (yeni doğan kuvöz masrafları teminatı kapsamına giren durumlar hariç),

5.15 - Organ sağlanması ya da donör için yapılan masraflar,

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

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

5.18 - Tıbbi olmayan sebeplerle yapılan kürtaj masrafları, kısırlaştırma (tüp ligasyonu, vazektomi v.b.), implant kontraseptifler, düşük araştırması, iktidarsızlık (ereksiyon bozuklukları), cinsel işlev bozukluğu, infertilite (kısırlık) ve/veya kısırlığın giderilmesi için yapılan (tüp bebek, mikroenjeksiyon vb.) her türlü masraf, hsg ve histerosonografi vb. tetkikler, gebelik gerçekleşmeden çocuk istemi nedeniyle kontrol amaçlı yapılan tetkik, kontrol ve tedaviler,

5.19 - Her türlü sünnet ve komplikasyonları,

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

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

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

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

5.24 - Alternatif tıp yöntemleri (akupunktur, hipnoz, aromaterapi, nöral terapi v.b.) obezite, metabolik sendrom tanısına yönelik işlemler, metabolik cerrahi, obezite cerrahisi, diabet cerrahisi , kilo alma amacıyla yapılan uygulamalar ile ayak bakım merkezlerinde

oluşan masraflar, PRP (Platelet Rich Plasma) kaplıca kür merkezlerinden alınan tüm hizmetler, masaj giderleri, diyet uzmanları, çamur banyoları, zayıflama merkezleri, jimnastik salonları ve benzeri yerlerde yapılan her türlü masraf, antiaging uygulamaları için yapılan her türlü masraf, beslenme ve diyet için yapılan her türlü teşhis ve tedavi masrafları, estetik güzellik merkezlerinde oluşan her türlü masraf, ses ve konuşma terapisi masrafları,

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

5.26 - Reçeteye yazılsa dahi; Tarım ve Köyişleri Bakanlığında onaylı, Sağlık Bakanlığında 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 şampunu, cilt kremi, cilt sabunu, kozmetik ürünler, termofor, termometre v.b. masrafları,

5.27 - Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirebileceği bir trafik kazası sonucu hasara uğramış çene ve dişlerinin eski halini alması için yapılan masraflar dışında diş hekimlerince diş, dişeti ve çeneye yapılan her türlü müdahale, teşhis ve tedavi masrafları,

5.28 - Gözlük-cam-çerçeve, kontak lens ve solüsyonları, diş protezleri, tekerlekli sandalye, işitme cihazı, , ortopedik bot-taban-terlik-ayakkabı masrafları,

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

5.30 - Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli, ekstrem (uç, aşırı) sporlar (dağcılık, paraşütcülük, havada yolculuk dışı uçuş, su altı sporları, ralli, motokros, atv 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,

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

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

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

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

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

5.36 - Sigortalının hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

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

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

6- COĞRAFI KAPSAM :

Bu sigorta, Plan F haricinde, poliçede belirtilen limit ve muafiyetler dahilinde tüm dünyada geçerlidir. Türkiye Cumhuriyeti coğrafi sınırları içinde ikamet eden kişilere poliçe yapılabilir. Poliçe vadesi içinde Türkiye sınırları dışındaki toplam kalış süresi azami 180 gün ile sınırlıdır.

Ancak, Türkiye dışında yapılacak tedavi masrafları aşağıda belirtilen kayıt ve şartlarla teminat altına alınır.

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

6.1- YATARAK TEDAVİ MASRAFLARI İÇİN :

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

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

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

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

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

iii- Plan F için;

"Acil Müdahale Teminatı" haricindeki tüm teminatlar için sadece, Türkiye sınırları içerisinde geçerlidir. Acil Durum tanımına uyan hallerde, yurt içi ve yurt dışı tüm hastanelerde ilgili teminat limiti ve uygulamaları dahilinde, özel şartlar madde 8.1 hükümlerine göre geçerlidir. Madde 2.20'deki "acil durum" tanımına uyan hallerde, yurt dışındaki tüm hastanelerden alınan hizmetlerin bedelinin müdahalenin gerçekleştiği tarihteki tarife tablosunda belirtilen oranının altında kalması halinde sigortalıya ödeme, fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru göz önünde bulundurularak fatura tutarı üzerinden "TL" olarak yapılır. Hizmetlerin bedelinin limiti aşması halinde ise tarife tablosunda belirtilen oran kadar karşılanır.

6.2- AYAKTA TEDAVİ MASRAFLARI İÇİN :

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

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

ii- Plan F için,

"Acil Müdahale Teminatı" haricindeki tüm teminatlar için sadece, Türkiye sınırları içerisinde geçerlidir. Acil durum tanımına uyan hallerde, yurt içi ve yurt dışı tüm hastanelerde ilgili teminat limiti ve uygulamaları dahilinde, özel şartlar madde 8.1 hükümlerine göre geçerlidir. Madde 2.19'deki "acil durum" tanımına uyan hallerde yurt dışındaki tüm hastanelerden alınan hizmetlerin bedelinin,

müdahalenin gerçekleştiği tarihteki tarife tablosunda belirtilen oranının altında kalması halinde, sigortalıya ödeme, fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru göz önünde bulundurularak fatura tutarı üzerinden "TL" olarak yapılır. Hizmetlerin bedelinin limiti aşması halinde ise, tarife tablosunda belirtilen oran kadar karşılır.

6.3- DOĞUM MASRAFLARI İÇİN :

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

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

7- TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI :

7.1 Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin tamamının ya da primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise prim peşinatının ödenmiş olması kaydıyla başlar.

7.2 Sigortalının sigorta yılı içinde fizik tedavi görmesi ve nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak ampütasyonu ve her türlü cerrahi müdahale sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderler fizik tedavi kapsamında değerlendirilir.

Fizik tedavinin;

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

ii- Fizik tedavinin ayakta yapılması durumunda fizik tedavi masrafları ayakta tedavi teminat limit, uygulama ve muafiyetleri dahilinde karşılır.

iii- Sigortalının hastanede gördüğü yatarak tedavinin devamı niteliği taşıyan fizik tedavi masrafları hastane sonrası ayakta tedavi teminat limit, uygulama ve muafiyetleri dahilinde karşılır.

7.3 Yoğun bakım haricinde yapılan rehabilitasyonlar fizik tedavi kapsamında değerlendirilir. Fizik tedavi için tüm planlarda (Turkuaz, Eko Turkuaz için ayakta yapılan fizik tedavi giderleri kapsam dışıdır) yıllık toplam 20 seansa kadar ödeme yapılır.

7.4 Sigorta bitiş tarihinde devam etmekte olan yatarak tedaviler poliçenin Groupama Sigorta'dan ya da bir başka sigorta şirketinden yenilenmemesi şartıyla 7 günü geçmemek kaydıyla yatarak tedavinin bitimine kadar geçerlidir.

7.5 Doktorun teşhis, tedavi ve takip ücreti;

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

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

Anlaşmalı sağlık kuruluşunda doktorun kadrolu olmaması durumunda tarifenin 2 katını aşmayacak şekilde ödenir.

ii- Plan F için;

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

iii- Anlaşmasız sağlık kuruluşunda doktor muayene ücretleri tarifenin 4 katı ile sınırlı olup, doktorun teşhis, tedavi, fizik tedavi, ameliyat ve takip ücreti tarifeyi aşmayacak şekilde ödenir (Plan F hariç) .

iv- Tüm planlarda ödenecek ameliyat ücretinin hesaplanması:

Aynı seansta aynı kesi ile yapılan ameliyatlarda;

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

Aynı seansta 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 ameliyatlara için Tarifedeki birimin % 25'i baz alınarak hesaplama yapılır.

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

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

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

7.9 PLAN A VE L İÇİN : Yatarak teşhis/tedavi teminatı kapsamında yurt dışında gerçekleşen masraflar için, sigortalının sorumluluğu teminat limitleri dahilinde Acıbadem Hastaneler Grubu ve/veya muadili özel bir hastanenin belirlediği ve ilgili tedavinin gerçekleştirildiği tarihte uygulanan ilgili hastanenin Groupama Sigorta için belirlemiş olduğu tedavi / ameliyat ücreti veya varsa paket ücreti ile staff hekim / staff operatör ücreti ile sınırlıdır.

7.10 TURKUAZ, EKO TURKUAZ, PLAN E, G, K, K1 VE K2 İÇİN :

Yatarak Teşhis / Tedavi Teminatı için;

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

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

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

7.11 -PLAN F İÇİN:

i- Bu plan, "Acil müdahale teminatı" haricindeki tüm teminatlar için Ekonomik Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'nda geçerlidir. Ekonomik Plan Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları dışında yapılan masraflar için ayakta ve yatarak tedavi teminatları % 50 katılım paylıdır.

ii- Madde 2.20 'deki "Acil durum" tanımına uyan hallerde yurtiçi ve yurtdışındaki tüm hastanelerden alınan hizmetlerin bedeli Acil Müdahale Teminatı dahilinde müdahalenin gerçekleştiği tarihteki tarifinin en fazla 1,5 katına kadar karşılanır.

8- TAZMİNAT ÖDEMESİ :

8.1 -ANLAŞMALI OLMAYAN SAĞLIK KURULUŞUNDA GERÇEKLEŞEN SAĞLIK HARCAMALARI:

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 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.

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.

8.2 -ANLAŞMALI OLAN SAĞLIK KURULUŞUNDA GERÇEKLEŞEN SAĞLIK HARCAMALARI:

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

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

- i- Sigortalının başvuru sırasında hastane görevlisine fotoğraflı kimlik kartı ile birlikte sigorta kartını ibraz etmesi gereklidir.
- ii- Hastane görevlisi sigortalının yatarak tedavi için hekim tarafından doldurulan provizyon formu ekinde tetkik sonuçları, poliklinik kayıt bilgileri, kaza ise trafik kaza zaptı-alkol raporu ile Groupama Sigorta'dan provizyon ister.
- iii- 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, sigortalıya iletilmek üzere hastaneye karşılanmayan masrafların gerekçelerini belirten yazı gönderilir. Hastalık sigorta kapsamında ise masrafların sigortalının teminat ve limitleri dahilinde karşılanacağını belirten "Ön Onay" yazısı hastaneye gönderilir. Ön onay, sigortalının hastaneye yatış aşamasında hastaneye 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.
- iv- Sigortalının hastaneden çıkış işlemleri için hastane, yatılan süre içindeki 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.
- v- Tazminat talebine konu olan hastalıkla ilgili gerekli ve yeterli belgenin hastane / hekim tarafından Sigortacıya temin edilmesi gerekmektedir.
- vi- Anlaşmalı Kurulusta yapılan işlemleri gerçekleştiren hekimin Groupama Sigorta ile anlaşması olmaması halinde hekim ayrıca bir fatura kesecektir. Bu faturaya ilişkin sigortalı doğrudan ödeme uygulamasından faydalanamaz ve 8.1 maddesi uygulanır.

Aksi takdirde, sigortalı doğrudan ödeme uygulamasından faydalanamaz ve 8.1 maddesi uygulanır.

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

Yatarak tedavilerde provizyon işleminin gerçekleştirilmesi için sigortalının acil durumlar dışında en az 48 saat önceden Groupama Sigorta Provizyon Merkezi'ni bilgilendirmesi, yatış sırasında yaşanan hastanede beklemeyi ortadan kaldıracaktır.

8.3 i- Plan A, E, G, K, K1, K2 L için;

ASK'da gerçekleştirilecek olan ayakta teşhis/tedavinin işleme alınması için sigortalının kuruluşa başvurusunda sigortalı kartını yada poliçesini kimlik kartıyla birlikte ibraz etmesi gerekmektedir. Bu belgeler olmaksızın yapılan başvurular, kuruluş tarafından doğrudan ödemeli olarak işleme alınmaz ve 8.1 maddesi uygulanır.

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

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

ii- Turkuaz ve Eko Turkuaz için;

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

8.4 Plan F'de Sigortalının EKONOMİK PLAN ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARINA başvurması halinde özel şartlar madde 8.5'de yazılı koşulların yerine getirilmesi kaydıyla, sigortacı yapılan masrafları, sigorta teminat, limit ve muafiyetleri dahilinde doğrudan bu kuruluşa öder. Sigortalı ilgili kuruluşa sadece teminat katılım payını ödeyerek işlemini tamamlar. Sigortacı, sigorta süresi içinde ekonomik plan anlaşmalı sağlık kuruluşu listesinde değişiklik yapma, yeni bir kurum ekleme ya da çıkarma hakkını haizdir.

8.5 EKONOMİK PLAN ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU'nda gerçekleştirilecek olan ayakta / yatarak teşhis ve tedavinin işleme alınması için, sigortalının kuruluşa başvurusunda sigortalı kartını ya da poliçesini kimlik kartıyla birlikte ibraz etmesi gerekmektedir. Bu belgeler olmaksızın yapılan başvurular, kuruluş tarafından doğrudan ödemeli olarak işleme alınmaz ve 8.1 maddesi uygulanabilir.

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

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

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

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

8.10 Plan E ve G için anlaşmasız eczanelerden alınan ilaç reçeteleri "Diğer sağlık kuruluşlarında gerçekleşen masraflar için geçerli limit"ten düşülmeyecek, anlaşmalı sağlık kuruluşu gibi işlem görecektir.

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

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

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

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

9- SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ:

9.1 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.

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

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 ve Ömür Boyu Yenileme Güvencesi geçerli olmayacak, varolan ve hasar alınmış hastalıklar tamamen teminat dışı bırakılacak ve poliçenin ek şartlarında belirtilecektir. H/P oranından kaynaklanan indirimleri geçerli olmayacaktır.

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.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi mevcut olmayan 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, sosyal ve/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir. Sigorta Bilgi Merkezinden, varsa önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. 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.

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.

Sigortalının mevcut planı dışında başka bir plandan teklif talep etmesi halinde sigortacı sigortalı olunan dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve / veya hastalıklarını değerlendirerek, yenileme döneminde ek prim, sigortalı katılımı, hastalık limiti vb. uygulamalar yapabilir.

ÖBYG hakkı bulunan sigortalılar için plan değişikliği talebinin uygun görülmesi halinde ömür boyu yenileme güvencesinin şartları yeniden düzenlenir.

Yeni plan daha evvelce olmayan teminat türlerini içeriyorsa, yeni teminatlar için özel şartlarda belirtilen bekleme süreleri ve muafiyetler yenileme tarihi itibarıyla geçerli olacaktır.

Sigorta yılı içerisinde hasar alınmamış ise tanzim tarihi itibarı ile 1 ay içinde yapılan plan değişikliği talebi risk değerlendirmesi sonucuna göre onaylanır. Poliçe döneminde hasar alınması halinde plan değişikliği yapılamaz.

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.

Groupama Sigorta A.Ş'deki grup sağlık sigortasından ferdi sağlık sigortasına geçişlerde bir önceki dönem H/P oranına bağlı olarak hasarsızlık indirimi uygulanmayacaktır. Bu kişiler için risk değerlendirilmesi yapılacaktır.

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

9.2 SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ:

Groupama Sigorta, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi verdiği sigortalılara yenilemelerde bu güvencenin kazanılmasından sonra teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/tedavi masrafları ödenen rahatsızlıklarla ilgili risk değerlendirme yapmama, özel olarak sigortalıya yönelik uygulamalarla bu hastalık(lar)/rahatsızlık(lar)ı kapsam dışı bırakmama, hastalık ek primi, hastalık limiti ve/veya hastalık katılım payı uygulamamayı taahhüt eder. Bu sigortalıların sahip oldukları son ürünün satışının durdurulması halinde sigortalının poliçesini muadil bir ürün veya teminatlarla ile yeniler.

Ömür boyu yenileme güvencesi kişiye özeldir. Poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır. Sigortalılara ömür boyu yenileme güvencesi verilme kuralları, Groupama Sigorta'da kesintisiz devam etmek şartıyla ilk sigortalanma tarihlerine göre değerlendirileceklerdir.

- (i) Grup sigortalısı olarak başlanmışsa : Sigortasının başladığı poliçe yılında geçerli grup poliçesi özel şartlarında,
 - (ii) Ferdi sigortalı olarak başlanmışsa : Sigortasının başladığı tarihte geçerli ferdi poliçe özel şartlarında,
- yazılı olan ömür boyu yenileme güvencesi şartları kapsamında değerlendirilecektir

Aşağıdaki şartlar 15/08/2012 tarihinden sonra ilk defa sigorta kapsamına alınan kişiler için geçerlidir.

Sağlık sigortasının kesintisiz olarak en az 4 yıl Groupama Sigorta'da (yenileme güvencesinin geçerli olduğu ürünlerde) ya da başka bir sigorta şirketinde devam etmiş olması koşulu ile son 4 yıl içinde her bir yılın hasar/prim oranının ayrı ayrı % 80'nin (Anelik, PSA, Mamografi ve Check up teminatından kullanılan hasarlar hariç) altında gerçekleşmesi halinde, Groupama Sigorta sigortalının poliçesinin devamı için belirlenecek mevcut hastalıkları ile ilgili muafiyet, ek prim, limit veya katılım payını belirleyerek ömür boyu yenileme güvencesi verilip verilmeyeceğini değerlendirir. Bu değerlendirme neticesinde yenileme güvencesi kararı verildiği takdirde belirlenmiş şartlar haricinde bu tarihten sonra Groupama Sigorta'da iken teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/tedavi masrafları ödenen rahatsızlıklar için, muafiyet ve/veya hastalık ek primi ve/veya hastalık limiti uygulanmayacaktır.

Madde 3.1'de detayları belirtilen Anelik teminatı kapsamında doğum masrafları Groupama Sigorta tarafından karşılanmaya hak kazanmış sigortalıların bebeklerinin , ilk 14 gün içerisinde poliçeye girişinin talep edilmesi halinde sigorta döneminin sonuna kadar gün esaslı prim karşılığı BAŞAK ÇOCUK olma ayrıcalığı ile ilk günden itibaren sigortalanır. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Güvencesine hak kazanır. 16/02/2009 tarihinden sonra doğan BAŞAK ÇOCUK'lar Konjenital (doğuştan/doğumsal)hastalıklar Teminatına hak kazanır.

ÖBYG hakkı almış ve en az 5 yıl Groupama Sigorta'da sigortalı olan kişilerin konjenital (doğuştan /doğumsal) hastalıklarına ait yatarak tedavi masrafları Groupama Sigorta'ya giriş tarihinden sonra teşhis edilmesi kaydı ile poliçede yer alan konjenital (doğuştan /doğumsal)hastalıklar teminat limiti ve uygulamaları dahilinde 6.poliçe yılından itibaren ödenecektir. Bu teminat tüm sigortalılık süresi içerisinde belirlenen teminat limiti ile sınırlıdır.

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

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

Ömür Boyu Yenileme Güvencesine hak kazanmış olan sigortalıların kendi isteği ile kısmi iptal talep ederek; farklı bir plan almak istemesi durumunda risk değerlendirmesi yapılarak poliçe koşulları yeniden belirlenecektir.

Groupama Sigorta'daki grup sağlık sigortasından ayrılma sebebi işten ayrılma olan, bu durumu belirlenen ve grup sağlık sigorta poliçesi kapsamında ömür boyu yenileme güvencesi koşullarını sağlayarak bu hakkı elde eden kişilerin, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi hakkı, gruptan ayrılma tarihlerini takiben 30 gün içerisinde ferdi poliçe satın almaları şartıyla ferdi sigortalı iken de devam edecektir. Ancak, ömür boyu yenileme güvencesi verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan mevcut hastalıklar için risk değerlendirmesi yapılarak limit, muafiyet, katılım payı, ek prim vb. belirlenebilecektir. Söz konusu 30 günlük sürenin aşılması halinde ömür boyu yenileme güvencesinin verilip verilmeyeceği ve poliçe şartları yeniden değerlendirilecektir.

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

Sigortalının hileli ve kötü niyetli davranışları tespit edildiği takdirde ömür boyu yenileme güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın sigorta akdi Groupama Sigorta tarafından tek taraflı olarak fesh edilir.

10- PRİM TESPİTİ :

10.1 PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER:

Sigorta primi; yaş, cinsiyet ve seçilen plan için belirlenmiş standart tarife primlerinin üzerinden yaşanan il, sigortalının hasar/prim oranı, mevcut hastalık riskleri ve poliçe için geçerli ASK 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 PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER:

Sigorta primine baz oluşturacak standart tarife primleri üzerine aşağıdaki indirim ve ek primler ayrı ayrı ve ardışık olarak her bir sigortalı için uygulanmıştır:

- Groupama Sigorta ömür boyu yenileme güvencesi olan poliçeler dahil yenileme primlerinin hesaplanmasında standart tarife primi üzerinden hasarsızlık indirimi veya hasar ek primi uygulama hakkına sahiptir. Sigortalının son dönem hasar prim oranı ve son beş yıla ait ortalama hasar prim oranı göz önünde tutularak standart tarife primi üzerinden %30 'e kadar hasarsızlık indirimi verilebilir. ÖBYG hak etmiş veya hak etmemiş tüm kişiler için sigortalı ile mutabakatlı protokol sağlanması durumları hariç hasar ek primi azami %100 olarak uygulanır.
- Groupama Sigorta, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi verdiği sigortalılara yenilemelerde bu güvencenin kazanılmasından sonra teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/tedavi masrafları ödenen rahatsızlıklarla ilgili risk değerlendirme yapmama, özel olarak sigortalıya yönelik uygulamalarla bu hastalık(lar)/rahatsızlık(lar)ı kapsam dışı bırakmama, hastalık ek primi, hastalık limiti ve/veya hastalık katılım payı uygulamamayı taahhüt eder.
- Yenileme indirimi, bir önceki yıl hasarsızlık indirimi almış poliçelerde uygulanmış olan hasarsızlık indiriminden fazla olamaz. Bir önceki yıl hasar prime bağlı ek prim uygulanmış poliçelerde yenileme priminin hesaplanmasında hasar prime göre indirim uygulanmayacaktır.
- Sigortalının hastalık/rahatsızlıkları için hastalık ek primi uygulanabilecektir. (Ömür Boyu Yenileme Güvencesi olan sigortalılarda bu güvenceyi aldıktan sonra ortaya çıkan rahatsızlıklar için hastalık ek primi uygulanmaz.)

Sigortalının ikamet iline göre il indirimi uygulanır. İl indirimi uygulanan sigortalıların toplam hasar tutarının % 50' si il indirimi verilmeyen şehirlerde gerçekleşirse bir sonraki yıl il indirimi verilmeyecektir.

- Yenileme döneminde plan değişikliği yapılmamış bir sigortalının poliçe primi bir önceki yıl poliçe priminin en fazla %20 altına düşebilir.
- Sigortacı sigortalının priminde belirli kurallar çerçevesinde ek indirim uygulama hakkını saklı tutar.
- 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.

- Yatarak tedavilerinde masrafının bir kısmını SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) kapsamındaki sosyal güvence sigortasından tazmin eden sigortalılarımıza bir sonraki yenilemelerinde SGK kullanımının %20'si kadar prim indirimi yapılacaktır. Yenileme primi SGK kullanımı dikkate alınarak Groupama Sigorta tarafından bildirilecektir.
- Doğum teminatına konu olan masraflarını SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) kapsamındaki sosyal güvence sigortasından tazmin eden sigortalılarımızdan sigortalı katılım payı alınmayacaktır.

11- YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ :

11.1 Sigortaya ilk defa girişlerde sigortalılar için üst yaş limiti azami 60'dır. Ancak 55-60 yaş arası yeni girişlerde kurum araştırması yapılarak risk değerlendirmesi sonrası giriş işlemi gerçekleştirilecektir.

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 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 sigorta ettirenin yükümlülüğündedir.

Bu kapsamda istenecek belgeler;

- İlgilinin adı, soyadı
- Doğum yeri ve tarihi
- Anne Baba adı
- Uyuşu
- 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 :

Doğum masrafları Groupama Sigorta tarafından karşılanmaya hak kazanmış sigortalıların bebeklerinin ilk 14 gün içerisinde poliçeye girişinin talep edilmesi halinde , sigorta döneminin sonuna kadar gün esaslı prim karşılığı BAŞAK ÇOCUK olma ayrıcalığı ile ilk günden itibaren Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ile sigortalanır. 16/02/2009 tarihinden sonra doğan BAŞAK ÇOCUK'lar (doğuşan/doğumsal)hastalıklar Teminatına hak kazanır.

Groupama Sigorta'da poliçesi mevcut olup doğum teminatına hak kazanmayan sigortalıların bebekleri sağlıklı olması şartı ile en erken 14. günden itibaren sigorta döneminin sonuna kadar gün esaslı prim karşılığı sigorta kapsamına alınabilir.

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

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

Ebeveynlerin farklı planlarda ve farklı poliçelerde olması halinde; çocuk, sigorta kapsamına gireceği ebeveyni ile aynı planı alır.

Poliçe içerisinde yer alan tüm aile bireylerinin aynı planı seçmesi gerekmektedir. Ebeveynlerden birisinin farklı plan tercih etmesi durumunda aynı poliçe içerisinde yer alamayacaktır. Çocuklar, aynı poliçede buldukları ebeveynleri ile aynı planı almalıdır. Ebeveynlerin farklı planlarda ve farklı poliçelerde olması halinde; çocuk sigorta kapsamına gireceği ebeveyni ile aynı planı almalıdır. Daha önce aynı poliçede olmasına rağmen farklı plan almış sigortalılar poliçede herhangi bir sigortalı için plan değişikliği yapılmadığı sürece aynı planlarla devam edebilir.

11.4 Bakmakla yükümlü olunan çocuğunun aile poliçesi kapsamında sigortalanabilirliği evlenmemiş olmak şartıyla 25 yaşına kadardır (25 yaş dahil).

11.5 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.

11.6 Annelik teminatını içeren bir plan seçilmesi durumunda; 25 yaşından küçük, bakmakla yükümlü olunan ve çocuk bağımlı olarak sigorta kapsamına alınan kişilerin, sigorta süresi içerisinde evlenmeleri halinde, sigortaları süre sonuna kadar devam eder ve annelik teminatından (kişinin sigortasının en az 1 yıllık doğum teminatı içeren bir plan olması koşulu ile) yararlanır. Poliçenin yenilenmesi halinde bu kişilerin sigortası çocuk bağımlı olarak yapılamaz. İsterlerse Risk Kabul Politikası koşulları çerçevesinde sigorta yaptırabilirler. Bu durumda annelik teminatındaki bekleme süresinde bir önceki sigortalılık dönemleri dikkate alınır.

Annelik teminatını içermeyen bir plan alınmış olması halinde, kişinin sigortası dönem sonuna kadar devam eder ve annelik teminatları hariç tazminat ödenmesine devam edilir. Poliçenin yenilenmesi halinde bu kişilerin sigortası çocuk bağımlı olarak yapılamaz. İsterlerse Risk Kabul Politikası koşulları çerçevesinde sigorta yaptırabilirler. Bu durumda annelik teminatındaki bekleme süresi geçerlidir.

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 hakkından 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.

- Diğer sigorta şirketinde sigortalının annelik teminatı ile ilgili kazanılmış hakkı olsa dahi Groupama Sigorta'da annelik teminatında bekleme süresi uygulanacaktır.

- 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.

- Diğer bir sigorta şirketinden geçişlerde ömür boyu yenileme güvencesinin devamı ile ilgili süreçler aşağıda tanımlanmaktadır;
 - En az üç yıl sigortalı kalmak kaydıyla diğer şirkette yenileme güvencesi kazanmış sigortalılara Groupama Sigorta yenileme güvencesi verilir verilmeyeceğini değerlendirir.
 - Diğer sigorta şirketinde henüz yenileme güvencesi kazanmamış sigortalıların, geçişte kazanılmış hakları verilmiş ise; Groupama Sigorta da geçen 1. Sigortalılık yılı sonunda sigortalı kalınan son 3 yıla ait (Groupama Sigorta'da 1 yıl + önceki 2 yıl) sigortalılık süreleri de yenileme güvencesi kazanmaları için değerlendirmeye alınacaktır.
 - Kişilerin önceki sigorta şirketlerindeki yenileme güvencesi belgelerini veya son 3 yıla ait kişi bazında ödenen prim, ödenen hasar bilgilerinin de yer aldığı hasar / prim oranı listelerini Groupama Sigorta'ya en geç bir ay içinde ulaştırmaları gerekmektedir.
 - Geçişlerde Groupama Sigorta risk değerlendirmesi sonucu bazı hastalıklar için ek prim muafiyet, katılım payı , hastalık limiti belirleyerek bu hakkı verebilir.

13 - SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI :

Sigortalının poliçe tanzim tarihinden itibaren aynı ay içinde, iptal isteminde bulunması, aynı zamanda poliçede hasar ve herhangi bir tahsilatın olmaması halinde mebzulden iptal yapılabilir.

Sigortalının poliçe tanzim tarihinden itibaren 1 ay sonra iptal isteminde bulunması ya da vefat etmesi halinde aşağıdaki şartlarda fesh yapılır.

Hasarı Yoksa : Gün esasına göre prim tahakkuk ettirilir.

Hasarı Varsa : İptal tarihi her hâlükârda son hasar tarihinden daha önce olamayacağı gibi, ödenen hasar; hakedilen primden yüksek ise prim iadesi yapılmaz. Ödenen hasar hak edilen primden düşük ise ödenen hasar düşülerek aradaki fark iade edilir.

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

Sigortalının kötü niyetli veya hileli davranışlarının (sigortanın sigortalı olmayan kişilerce kullanımı, sahte evrak ile tazminat talebinde bulunma vs.) tespit edilmesi halinde Groupama Sigorta ödenen tazminatları geri isteme ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

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

14- VERGİ - RESİM VE HARÇLAR :

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

15- TEBLİGAT ADRESİ:

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

16- İHTİLAFLAR:

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

17- 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.

18- FERDİ KAZA SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

TEMİNATIN KONUSU VE KAPSAMI:

Groupama Sigorta A.Ş. bu poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiyi, sigorta süresi içerisinde meydana gelecek kazalar nedeni ile maruz kalacağı bedensel zararların sonuçlarına karşı poliçede belirtilen sigorta bedelleri ile sınırlı olarak güvence altına almıştır.

Bu poliçe ile sağlanan teminat, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ile poliçede belirtilmiş olan Özel Şartlar kapsamında ve sigorta priminin ödenmiş olması koşulu ile geçerlidir.

Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları 5. maddesinin (e) bendinde belirtilen zararlar ve aynı maddenin (g) bendinde belirtilen terör ve sabotaj eylemlerine katılma hali hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucunda oluşan kazalar da teminat kapsamına dahil edilmiştir.

Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartlarınının 6-f maddesinde belirtilen deprem ve yanardağ püskürmesi, heyelan sonucunda ortaya çıkacak ölüm ve daimi sakatlık halleri teminata dahil edilmiştir.

TEMİNAT TÜRLERİ:

İşbu poliçe, Sigortalının kaza olarak tanımlanan olaylar sonucunda ölümü veya daimi olarak sakat kalması risklerine karşı Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları kapsamında güvence sağlamaktadır.

Ölüm Teminatı: Sigortalının bir kaza sonucunda derhal veya kaza tarihinden itibaren bir sene içerisinde vefat etmesi durumunda, sigortalının yasal hak sahiplerine ödenecek olan, poliçe üzerinde belirlenmiş sigorta bedelini kapsamaktadır.

Daimi Sakatlık Teminatı: Sigortalının bir kaza sonucunda derhal veya kaza tarihinden itibaren iki sene içerisinde daimi olarak sakat kalması durumunda, tıbbi tedavinin sona ermesi ve daimi sakatlığın kesin olarak tespitini takiben sigortalının kendisine ödenecek olan, poliçe üzerinde belirlenmiş sigorta bedelini kapsamaktadır.

Poliçede daimi sakatlık teminatı için belirlenmiş olan sigorta bedeli, bu teminat kapsamına giren bir bedensel zarar durumunda sigortalıya ödenecek azami tutarı ifade etmektedir. Tazmin edilecek zarar miktarı, daimi sakatlığın kesin olarak tespitini takiben, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartlarınının 8.B maddesinde belirlenmiş oranlar dahilinde hesaplanacaktır.

İşbu poliçeden yukarıda belirtilen ölüm ve daimi sakatlık teminatları kapsamında tazminat ödenebilmesi için sigortalının aşağıda açıklanan Kaza tabirine uygun bir olay sonucunda zarar görmüş olması gerekir.

Kaza: Ani ve harici bir olayın etkisi ile sigortalının iradesi dışında ölmesi veya bedensel bir arızaya maruz kalması durumunu ifade etmektedir.

TEMİNAT KAPSAMI DIŞINDA KALAN HALLER:

Police üzerinde teminat kapsamında olduğu ayrıca belirtilmemiŐ ise aşağıdaki durumlarda meydana gelecek kazalardan kaynaklanan zararlar teminat kapsamı dışındadır.

- Motosiklet ve takma motorlu bisiklet kullanmak ve bunlara binmek.
- Açık deniz balıkçılığı ile sürekl ve sürgün avları, yaban domuzu vesair vahŐi hayvan avcılığı ve yüksek dağlarda avcılık,
- Dağcılık, kar veya buz üzerinde yapılan bilumum sporlar (kayak, patinaj, hokey ve boksley gibi); cirit oyunu, manialı binicilik, polo, rugby, eskrim, halter, güreŐ, boks, basketbol, futbol ve yelken sporları ile ağır ve tehlikeli jimnastik hareketleri ve profesyonel spor hareketleri.
- Sigortalının her türlü motorlu araç yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan hasarlar.
- Her tür spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları.
- Havada yolcu sıfatı dışında bir sıfatla uçuş.
- Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri.
- Grevlere, lokavt edilmiş işçi hareketlerine, halk hareketlerine kavgalara iştirak
- Cürüm ve cinayet işlemek veya bunlara teşebbüs, Sigortalının meşru müdafa hariç, herhangi bir kavga / dövüşe karışması nedeniyle gerçekte zararlar.
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali istisna, sigortalının kendisini bile bile ağır tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması
- 3713 sayılı Terörle 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.
- 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 zararlar. Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj.
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve buna bağlı sabotajlara katılmak
- Kaza sonucunda yapılacak tedavi masrafları

ÖZEL ŞARTLAR:

-16 yaşından küçük kişilerin kaza sonucunda ölümü halinde ödenecek tazminat defin masrafları ile sınırlıdır.

YAPTIRIM SINIRLAMASI VE İSTİSNASI ÖZEL ŞARTI:

Sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının sigortacıyı veya reasürörü BirleŐmiŐ Milletler kararları tahtında uygulanan bir yaptırıma, yasağa veya kısıtlamaya ya da Avrupa Birliği'nin, veya BirleŐik Krallık'ın Amerika BirleŐik Devletleri'nin ticari veya ekonomik yaptırımlarına, yasalarına veya yönetmeliklerine maruz bırakabileceği ölçüde, o teminatı vermemiŐ sayılacak ve o tazminatı ödemekle veya o menfaati sağlamakla yükümlü olmayacaktır.

HASAR HALİNDE GEREKLİ BELGELER:

Ölümlü kazalarda;

1. Ölü muayene tespit tutanağı
2. Veraset ilamı
3. Vukuatlı nüfus kayıt tablo örneği

Daimi Sakatlık halinde:

4. Sakatlık derecesini gösterir heyet raporu
5. Kaza zaptı ve kazanın oluş Őekline göre talep edilebilecek diğer evraklar

19- YURT İÇİ VE ULUSLARARASI ACİL YARDIM HİZMETİ :

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

COĞRAFİ KAPSAM

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

HİZMETLER

A) TIBBİ HİZMETLER

1. Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık

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

2. Tıbbi Nakil

Hastaneye Nakil

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

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

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

5. Refakatçi Nakli

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

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

6. Refakatçi Yakınının Konaklama Giderleri

Sigortalının hastanede 7 günden fazla kalmasının gerektiği durumlarda, bir yakın akrabasının konaklama masrafları oda/kahvaltı olmak üzere azami 4* 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) ülkeye / ikametgaha refakatçi eşliğinde geri dönüşleri ödenir.

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

8. Tedavi Sonrası İkametgaha Geri Dönüşün Sağlanması

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

Asistans şirketinin medikal 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 ve uluslararası tıbbi şartlara uygun taşıma için gereken tabutun ve kalan eşyaların defin yerine naklini üstlenir.

Cenaze töreni ve defin masrafları kapsam dışıdır.

10. Sigortalının Vefatı Halinde Aile Fertlerinin Dönüşü

Sigortalının daimi ikametgah ilinin dışında vefat etmesi durumunda, ailesinin önceden 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 Öngörülme 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, yurtdışı için ise ekonomi sınıfı uçak bileti sağlanır.

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

12. Sigortalının Yakınının Sağlık Durumunun İzlenmesi

Sigortalının bir yakınının bedeni zarar veya hastalığı durumunda, yakınının sağlık durumu asistans 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.

B) SOSYAL HİZMETLER

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

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

2. Otel Rezervasyonları

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

3. Kiralık Araç Rezervasyonları

Türkiye'de Europ Assistance tarafından Sigortalı adına yapılacak kiralık araç rezervasyonlarında Kiralık Araç Acentelerinin uygulanmış oldukları indirim oranları Sigortalıya komisyonsuz olarak yansıtılacaktır.

4. Uçak Bileti Alma / Ulaştırma

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

5. İş Organizasyonları

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

C) SEYAHAT YARDIM HİZMETLERİ

Aşağıdaki hizmetler sadece, sigortalının yurtdışında seyahatte olduğu durumlarda geçerlidir.

1. Pre-Travel Service

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

2. Seyahat Dökümanlarının Kaybı

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

3. Sigortalının Yakınının Sağlık Durumunun İzlenmesi

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

4. Kefalet İçin Avans Ödeme

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

5. Avukat Danışman Giderleri

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

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

b) Kaza sonucunda oluşan ve sigortalının şahsi yaralanması veya kişisel eşyalarına 300 USD'ın üzerinde verilen zararlar için üçüncü şahıslara açılan tazminat davalarının yürütülmesi için asistans şirket, sigortalıya bir hukuki danışman / avukat sağlar. 2.000 USD'a kadar olan hukuki masraflar asistans şirketi tarafından karşılanır.

6. Acil Durumlarda Avans Ödeme

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

7. Kayıp Bagajın Bulunup Ulaştırılması

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

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

YURTIÇİ VE ULUSLARARASI ACİL YARDIM HİZMETİ GENEL İSTİSNALARI

1- 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 :

a) Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri.

b) Kasten kendini yaralama veya Lehdarın bir suça iştiraki.

c) Lehdarın her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan hasarlar.

d) Lehdarın meşru müdafa hariç herhangi bir kavga / dövüşe karışması nedeniyle hasar.

e) Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma veya gösteri için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle hasar.

f) Herhangi bir nükleer yakıttan ileri gelen ionizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya nükleer bileşenin radyoaktif, zehirleyici ve diğer tehlikeli özelliklerinden doğrudan ya da dolaylı olarak ileri gelen veya bunların yol açtığı hasar.

g) Alkol zehirlenmesi veya (ehliyetli bir hekimin talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) ilaç / uyuşturucu zehirlenmesinin etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam veya kısmi iş görememezlik durumu nedeniyle hasar.

h) İntihar ya da teşebbüsü sonucunda ölüm, yaralanma veya hastalık.

i) Tahmini doğum tarihinden 3 ay öncesine kadar hamileliğe ya da gönüllü çocuk düşürmeye bağlı olaylar.

j) Akıl hastalığı veya kişilik kaybına bağlı olarak kendisine, üçüncü kişilere ve çevresine zarar verdiği olaylar.

k) 92 günü aşan yurtdışı seyahatleri

SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

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

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

TIBBİ NAKİL

Eğer Lehdar tıbbi nakil için başvuruyorsa şunları temin etmelidir :

İ- 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.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

Madde 1

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

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 2

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

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

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Madde 3

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

a- Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması

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

SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Madde 4

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Madde 5

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

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 6

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

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

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

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

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

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

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

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

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

d- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse,

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

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Madde 7

Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür.

Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasına veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

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

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

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

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ

Madde 8

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

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

Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

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

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

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Madde 9

A- Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

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

B- Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

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

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

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

a- Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

c- Gerekli belgelerin teslimi

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

MASRAFLARIN TESPİTİ:

Madde 10

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

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz:

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

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

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

Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

İ- 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 tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir. Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

MÜŞTEREK SİGORTA

Madde 12

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

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir. Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve doğrudan bağının bulunması gerekmektedir. Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez. Sigortalı hakkındaki sirlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sirların saklı tutulmasından 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.

Madde 18

Grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalılara bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilmesi şarttır. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır. Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir. Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla yukarıda belirlenen süreler içinde bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilebilir. Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı imza karşılığı verilen

bilgilendirme formu ve katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir. Bilgilendirme formunun ve katılım sertifikasının verildiğini ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığını ispat yükümlülüğü Sigortacıya aittir. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortalının şirket internet sayfası üzerinden ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

