

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Bu özel şartlar 01.11.2023 itibarıyla MAPFRE Sağlık Grup Sigorta Poliçesi bulunan Sigortalılar için geçerlidir.

MADDE 1- SİGORTANIN KONUSU

MAPFRE Sigorta A.Ş. ("Sigortacı"), sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/ rahatsızlık sonucu oluşabilecek Sigortalı'ya ait sağlık giderlerini, Poliçe'de belirtilen teminat, limit, katılım oranları, istisnalar (genel ve özel istisnalar) ve network kapsamı doğrultusunda işbu Özel Şartlar ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu, sigortacılık sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

Sigorta teminatı sadece Sigorta Poliçesi'nde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar.

MADDE 2- TANIMLAR

Sigorta Poliçesi kapsamında kullanılan tanımlamalara ilişkin açıklamalar ektedir.

ACİL DURUM: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır.

- Suda boğulma:** Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.
- Trafik kazası:** Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.
- Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb.** (Kendisinin olayın hazırlayıcısı ya da tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerlidir.)
- Yüksekten düşme:** Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; araç parçalarının yol açtığı kesici, delici yaralanmalar.
- Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları:** 2. maddedeki durumlara ek olarak yapılan işe has acil durumlar. Örn: Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması.
- Elektrik çarpması:** Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.
- Donma, soğuk çarpması:** Hayati fonksiyonları etkileyecek, şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması.
- Isı çarpması:** Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları.
- Ciddi yanıklar:** Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları. Solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması.
- Ciddi göz yaralanmaları:** Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, künt travma ya da kimyasal madde teması.
- Zehirlenmeler:** Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan ya da ilerleyen saatlerde bozma ihtimali yüksek olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin cilde teması ya da zehirli gazların solunması.
- Anafilaktik Şok:** Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.
- Traumla sonucu omurga ve alt-üst ekstremitte kırıkları:** Hayati tehdit eden veya müdahale edilmemesi durumunda hayatı tehdit etme potansiyeli olan omurga, kol, bacak kırıklarıdır.
- Kalp krizi, hipertansiyon krizleri:** Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi.
- Akut solunum problemleri:** Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları.
- Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur:** Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması gibi durumlar.
- Ani felçler:** Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi.
- Ciddi genel durum bozukluğu:** Besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.
- Yüksek ateş 39,5°C üzeri:** Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvülsiyon (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi. Yüksek ateş, 39,5°C ve üzeri olarak kabul edilmektedir.
- Diyabetik ve üremik koma:** Diyabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.
- Akut batın:** Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, bağırsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, bağırsak ya da periton arterlerinde tıkanma vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

22. Akut masif kanamalar: Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.

23. Menenjit, ensefalit, beyin apsesi:

Sinir sistemi fonksiyonlarını dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonlarını etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infeksiyöz hastalıklar.

24. Renal kolik: Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum.

ADLİ KAZA: Poliçe geçerlilik süresinde Sigortalı'nın bedensel yaralanmasıyla sonuçlanan ve adli makamlarca takip ve tahkikat yapılması gereken ve/veya yapılmış olan, beklenmedik ani olaydır. Tahkikatı yapan kuruluşlarca belgelendirilir.

ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU: Sigortacı'nın Poliçe Şartlarına uygun olarak, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş ve K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı'nca yetki belgesi verilmiş, teşhis, tedavi ve cerrahi müdahaleye ehliyetli, Sigortalı'nın sağlık hizmetlerinden yararlanması için anlaştığı hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Poliçe'de Anlaşmalı Kuruluşlarda geçerli olan limit ve teminat yüzdesi belirtilmiştir. Anlaşmalı Kuruluşlar'ın belirttiği listeye www.mapfre.com.tr ve MapfreGo uygulamasında ulaşabilirsiniz.

Bu listenin sürekli güncellenebilme durumu söz konusu olduğu için hizmet alınmadan önce teyit edilmesi gerekmektedir. Sigortacı'nın, "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Listesi"nde poliçe döneminde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURULUŞU: Sigorta Şirketi ile sözleşmesi olmayan hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Anlaşmalı Kuruluş'ta kadrolu olarak çalışsa dahi, MAPFRE sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar "Anlaşmasız Kuruluş" olarak değerlendirilir.

BAŞLANGIÇ TARİHİ: Poliçe'nin ilk kez veya varsa müteakip her yinelenmesinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00), ay ve yıldır.

BİTİŞ TARİHİ: Bu Poliçe'nin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00), ay ve yıldır. İşbu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur. Ancak hastanede tedavi görmekte olan bir Sigortalı'nın Poliçe Bitiş Tarihi'nden itibaren hastaneden hiç çıkmamış olması şartıyla 10 güne kadar masrafları karşılanır.

BEKLEME SÜRESİ: Sigortalı'nın Kayıt Tarihi ile başlayan ve Poliçe'de bekleme süreli olarak belirtilen tıbbi işlem/ müdahalelerin teminat altında olmadığı süre.

BEYAN EDİLMEMİŞ ÖNCEDEN VAR OLAN SAĞLIK PROBLEMİ: Bu Poliçe için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde, tanı konulup konulmamasına bakılmaksızın, var olan ve bilinen herhangi bir şikayet, belirti, hastalığın/ rahatsızlığın veya bunlara bağlı gelişen komplikasyonların Sigortacı'ya beyan edilmemesidir.

BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ: Sigorta Ettiren/Sigortalı, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru aşamasında veya sigorta sözleşmesinin devamı esnasında kendisine sorulan sorulara doğru cevap verme ve rizikonun konusunu teşkil eden/rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri Sigortacı'ya bildirme yükümlülüğüdür.

DOKTOR: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş, Sağlık hizmetinin verildiği Coğrafi Bölge'de geçerli olan yasalar çerçevesinde resmi olarak tıp doktoru unvanı ve belgesi verilmiş olan kişidir.

GENEL ŞARTLAR: T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uygulanması zorunlu olan yazılı kurallardır.

GEREKSİZ TEDAVİ İŞLEMLERİ: Sigortalı'nın hastaneye yatışı gerekmediği halde doktor tarafından planlanan tetkik ve tedavilerinin hastaneye yatırılarak yapılması durumudur.

HASTANE: Faaliyet alanı ile ilgili resmi olarak hastane ruhsatı bulunan, hasta ve yaralı kişilere tıbbi hizmet veren, kamu veya özel kuruluş. Ayakta tedavi hizmeti veren klinikler, sanatoryumlar, fizik tedavi merkezleri, sağlık kulüpleri, bakımevleri, huzurevleri vb. ile madde (uyuşturucu, alkol) bağımlılığı konularında uzman olan kuruluşlar hastane kapsamına girmez.

HUV (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı): Türk Tabipleri Birliği tarafından yayımlanarak Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde mesleğini icra eden doktorların ücretlerini ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir. Tarifede ücret HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı) her bir tıbbi işlem için belirlenen "birim değer" in her il için ayrı olmak üzere yılda bir kez belirlendiği genel katsayının çarpımı ile bulunur.

İPTAL TARİHİ: Sigorta Ettiren'in yazılı olarak talep etmesi veya Sigortacı tarafından Genel Şartlar'da belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle Poliçe'nin iptal edildiği gün, ay ve yıldır.

KAYIT TARİHİ: Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi ile Teminat altına alındığı veya yenileme tanımında belirtilen koşullarda tekrarladığı ilk Sözleşme ile Teminat altına alındığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00), ay ve yıldır.

KAZA: Sigortalı'nın tıbbi olarak kanıtlanabilecek bedensel yara almasına neden olan beklenmedik, ani olaydır.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

KOMPLİKASYON: Bir hastalık, rahatsızlık veya tıbbi tedavinin istenmeyen etkileridir.

KONJENİTAL HASTALIK: Doğumdan itibaren var olan bedensel ve/veya metabolik kusurlar ve/veya bozukluklardır.

KRONİK HASTALIK: Ani başlangıçlı olmayan, yavaş gelişen ve/veya ilerleyen, zaman zaman tekrarlayan ya da sürekli bir sağlık sorununa neden olan hastalıktır.

MEDİKAL İŞLEMLER MERKEZİ: Anlaşmalı sağlık kuruluşlarına başvuran Sigortalı'ların sağlık giderlerinin ödenmesi konusunu Poliçe Şartları dahilinde değerlendirip, MAPFRE Sigorta bünyesinde 7/24 hizmet veren uzmanlardan oluşan birimdir.

MERİYET: Sigorta Poliçe'sinin iptal olması durumunda Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme sonrası Poliçe'nin yeniden yürürlüğe alınması durumudur. İptal tarihi itibarıyla 1 ay içinde yapılacak başvurularda meriyet işlemi değerlendirmeye alınabilmektedir. Bu değerlendirme için Sigortacı Sigortalı'dan başvuru formu talep etme, Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) hakkı olsun/olmasın Sigortalı'ya özel istisna ve/veya riziko ek primi uygulama, meriyet talebini reddetme hakkına sahiptir.

NETWORK (ANLAŞMALI KURULUŞ TİPİ): MAPFRE Sigorta A.Ş. tarafından anlaşmalı sağlık kuruluşlarının gruplanmasını ifade eder. Her poliçe üzerinde geçerli Anlaşmalı Kuruluş network tipi belirtilmektedir. İlgili network kapsamı dışındaki kuruluşlar, MAPFRE Anlaşmalı Kuruluşlar'ı olsalar dahi ilgili poliçe için Anlaşmasız Kuruluş olarak değerlendirilir. Anlaşmalı Kuruluş listesinde yer alan tüm kuruluşlar MAPFRE Sigorta A.Ş. networkünü oluşturur. MAPFRE Sigorta A.Ş. network için belirlediği Anlaşmalı Kuruluşları poliçe dönemi içinde değiştirme veya ilgili Anlaşmalı Kuruluşu tamamen anlaşmalı network kapsamından çıkarma hakkına sahiptir.

ÖZEL ŞARTLAR: Sigorta Şirketi tarafından Sağlık Sigortası Genel Şartları'na ilave olarak hazırlanan, karşılıklı hak ve yükümlülükler ile teminatları ve geçerlilik koşullarını belirten ve bu Poliçe'nin Bitiş Tarihi'ne kadar geçerli olan şartlar.

PROVİZYON: Sigortalı'nın Poliçesi'nde geçerli olan anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılacak sağlık hizmetleri (dahili yatış, cerrahi yatış, muayene, tanı işlemleri vb...) giderlerinin karşılanıp/karşılanmayacağını veya hangi şartlar ile karşılanacağını bildirir sigortacı değerlendirmesidir.

PERSONEL: Tüzel kişiliğe sahip bir iş yerinde, sürekli ve tam gün esasına göre (haftada en az 35 saat) fiili olarak çalışan, sigortalanabilecek şartlara uygun olan kişi.

RİZİKO: Sigortacı açısından tazmin borcu yaratabilecek herhangi bir hastalığın/rahatsızlığın ortaya çıkması durumudur.

RİZİKO EK PRİMİ: Bu Poliçe ekinde verilen Poliçe'de belirtilen ve sadece ilgili Sigortalı için uygulanacak olan hastalık riskleri ile ilgili ilave prim uygulamasıdır. Uygulanan ek primler ilgili Sigortalı Poliçesi'nde sebebi ve oranı ile beraber belirtilir.

SİGORTA ETTİREN: Sigorta Poliçesi için başvuran, başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen ve bu Sigorta Poliçesi'nin kapsamı içerisinde sorumlu taraf olup, kendisi ve Sigortalanacak Kişiler'in lehine hareket eden kişi veya tüzel kişiliktir.

SİGORTA POLİÇESİ: Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenmiş olup, Poliçesi'ne ilişkin vade, özel ve genel şartlar, limitler, istisnalar gibi hususlar ile uygulama bilgileri ve ödeme koşullarını içeren; eğer koşullar gerçekleşmişse teminatların belirlenen limitler dahiline ödenmesini garanti altına alan; şirket yetkili imzalarını taşıyan belgelerin tümüdür.

SİGORTACI: Sigorta Poliçesi'nin tanzim edildiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış Sigorta Şirketi. İşbu Poliçe'de Sigortacı sıfatı MAPFRE Sigorta A.Ş. için kullanılmıştır.

SİGORTALI: Sigorta Ettiren'in ve Sigortalanacak Kişiler'in sağlık sigortası başvurusunda belirtilen veya sonradan ilave edilen ve Sigortacı tarafından kabul edilip, Poliçe'de veya sonradan yapılan zeyilname ile poliçe kapsamına alınan kişi ve/veya kişilerdir.

SİGORTALI'YA ÖZEL İSTİSNALAR: Sigorta Poliçesinde Sigortacı tarafından uygulanması karara bağlanmış Sigortalı için uygulanacak olan istisnalar Sigorta Poliçesi üzerinde belirtilir.

STANDART İSTİSNALAR: Bütün Teminat'lar ve Sigortalılar için geçerli olan ve özel şartlarda belirtilmiş genel istisnalarlardır.

SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU: Sigortalı'nın Poliçesi'nin geçerlilik döneminde Poliçe teminatlarından yararlanabilmesi için Sigortalı'nın başvurduğu doktor tarafından doldurulan form. Anlaşmasız kuruluşlarda bu form bulunmadığından Sigortalı Hasta Bilgi Formu'nu Sigortacı'dan temin ederek yanında bulundurulmalıdır. Bu form sağlık giderlerinin değerlendirilmesi için gereklidir.

SERTİFİKA: Sigorta Ettiren'in başvuru formunda seçmiş ve Sigortacı ile üzerinde mutabık kalmış oldukları yurt içi ve yurt dışı teminatlar grubunu, Anlaşmalı Kurum tipini, katılım oranlarını, varsa teminat limitlerini, varsa muafiyet tutarlarını gösteren ve Poliçe'nin ayrılmaz eki olan tablo.

TEMİNAT: Sigortacı'nın, Sigorta Poliçesi'nin özel ve genel şartları çerçevesinde poliçesinde belirtilen limit istisna, bekleme süresi ve muafiyet dışında ödemeyi üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamıdır.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

YENİLEME: Sigorta Ettiren'in mevcut olan Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden 30 gün önce veya Bitiş Tarihi'nden 30 gün sonra yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacı'ya başvurması ve Sigortacı ile Sigorta Ettiren'in yeni Sigorta Poliçesi'nin koşullarında mutabık kalarak yeni sözleşmenin kesintisiz olarak devam ettirilmesidir.

YENİLEME TARİHİ: Daha önce mevcut olan Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi ile aynı olan yeni Sigorta Poliçesi'nin Başlangıç Tarihi (Türkiye saati ile öğlen saat 12.00), ay ve yıldır.

YILLIK TOPLAM LİMİT: Sigortacı'nın bu Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde yıllık olarak belirtilen Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği yıllık azami tutardır. Sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payları ve/veya muafiyet tutarları da brüt tutara dahildir.

MAPFRE MÜŞTERİ HİZMETLERİ: Sigortalıların öneri, istek ve şikayetlerini ilettikleri, ambulans ve tıbbi danışma gibi çeşitli hizmet alabildikleri 0850 755 0 755 numaralı telefon hattıdır.

MAPFRE SİGORTA GO: MAPFRE Sigorta mobil uygulamadır. Poliçe teminat şartları, hasar yönetimi ve her türlü detaylı bilgiyi Sigortalılarımız mobil uygulama üzerinden temin edebilirler.

MAPFRE SİGORTA WEB SİTESİ:: MAPFRE Sigorta kurumsal WEB sitesidir. Poliçe özel şartları, anlaşmalı kuruluşlar ve detay bilgiye www.mapfre.com.tr adresi üzerinden ulaşılabilir.

MADDE 3. TEMİNATLAR

3.1 Yatarak Tedavi Teminatı

Yatarak Tedavi Teminatı, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; dahili, cerrahi ve yoğun bakım yatışları, Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, küçük müdahaleleri, kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz tedavi giderlerini özel ve genel şartlara uygun olarak karşılar. Sigortalı'nın 24 saati aşan hastaneye yatış gerektiren tedavileri bu teminat kapsamındadır.

Acil durumlar dışında, planlı bir yatış ve/veya ameliyat gerektiren durumlarda; yatıştan asgari 48 saat önce ameliyatı veya dahili yatışı gerçekleştirecek doktor tarafından doldurulmuş "Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu"nun ve tetkik sonuçlarının ilgili kuruluş tarafından Medikal İşlemler Merkezi'ne iletilmesi gerekmektedir.

Sigorta şirketi gerekli incelemeyi yaptıktan sonra tedavi giderlerinin Poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğine karar verir. Ayrıca Sigortalı'nın sağlık sigortasına sahip olduğu ilk tarihten itibaren ömür boyu hastanede yatış süresi 720 gün ile sınırlıdır. Bu süreyi aşması durumunda eğer Poliçe'de ömür boyu yenileme garantisi yok ise Poliçe'deki tüm teminatlar durur ve Poliçe yenilenmez. Ömür boyu yenileme garantisi mevcut olan Sigortalılarda ömür boyu hastanede yatış limiti uygulanmaz.

3.1.1 Dahili Yatış Teminatı

Sigortalı'nın 24 saati aşan hastaneye yatırılarak yapılacak tedavi giderlerinin tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla tüm ameliyatsız yatışlar ve fototerapiler, Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, bu teminat kapsamındadır.

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığa ilişkin tıbben yatarak gerçekleştirilmesi zorunlu olan fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri Poliçe'de belirtilen Rehabilitasyon Teminatı limit ve katılım payı ile değerlendirilir.

3.1.2 Cerrahi Yatış Teminatı

Sigortalı'nın 24 saati aşan hastaneye yatırılarak yapılacak tıbben gerekliliği ayrıntılı olarak doktor raporunda belirtmesi şartıyla tedavi amacıyla yapılan tüm cerrahi müdahaleler, Sigortalı'nın hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, bu teminat kapsamındadır.

Koroner anjiyografi, böbrek taşı kırma (ESWL), böbrek, beyin, kemik iliği ve karaciğer biyopsileri, bu teminat limit ve katılım oranlarında değerlendirilir.

Gebelik komplikasyonlarından olan dış gebelik ve mol hidatiform rahatsızlıkları, herhangi bir bekleme süresi uygulanmadan bu teminat limit ve katılım oranlarında değerlendirilir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (tüm yatış ve Doktor ücreti dahil), HUV TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Yapılacak oranlamada cerrahi işlemler için HUV Tarifesi'nde yer alan kesi kuralı uygulanmadan hesaplanan toplam işlem puanı üzerinden oranlama yapılmaktadır.

3.1.3 Oda-Refakatçi Teminatı

Yatarak tedavi gerektiren her vakada, her tam gün için oda-refakatçi (1 kişi ile sınırlıdır) giderleri Poliçe'de belirtilen limit ve Poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminat kapsamındadır. Lüks oda veya suit oda giderleri karşılanmaz, teminat standart tek yataklı oda ücreti ile sınırlıdır.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

3.1.4 Yoğun Bakım Teminatı

Yoğun bakım ünitesinde yapılan hizmetler bu teminat kapsamındadır. Yoğun bakım yatış süresi Poliçe'de aksi belirtilmedikçe 90 gün ile sınırlı olup poliçe süresince toplam 180 günlük yatış süresi içinde değerlendirilir. Bu sürelerin dolması durumunda Poliçe'de yatış gerektiren işlemler için teminat Poliçe vade bitimine kadar durur. Söz konusu yoğun bakım yatış süresi ve günlük yatış süresi için belirtilen gün limitleri her yenilenen Poliçe döneminde yeniden başlayarak değerlendirilir.

3.1.5 Operatör ve Doktor Masrafı

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemlerde tedaviyi gerçekleştiren doktorun (anestezi ve asistan doktorları da bu kapsam içinde değerlendirilecektir) MAPFRE Sigorta A.Ş. ile anlaşmalı doktor olması veya anlaşmalı kuruluşun kadrolu doktoru olması durumunda, doktor ücreti Poliçe'de belirtilen anlaşmalı kuruluş limit ve katılım payı oranları ile değerlendirilir. Tedavinin anlaşmalı/anlaşmasız kuruluşta, anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan) tarafından yapılması halinde doktor ücreti için Poliçe'de belirtilen anlaşmasız limit ve katılım oranları uygulanır. Sigortalı'nın anlaşmasız bir doktor tarafından yatarak tedavi kapsamında yapılan işlem faturası işbu teminat limit ve katılım oranları ile değerlendirilir. Sigortalı tarafından ödenen anlaşmasız doktor ücreti Sigortacı'ya Hasta Bilgi Formu ve ekleri ile birlikte değerlendirilmek üzere gönderilir. İlgili faturalar e-fatura, serbest meslek makbuzu ve/veya VUK'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slibi şeklinde olması gerekmektedir. Operatör doktor, anestezi ve asistan ücretleri ayrı ayrı faturalandırılmalıdır. Bu ücretler aynı efatura, serbest meslek makbuzu/VUK'a uygun düzenlenen POS slibi içinde birlikte yer alamaz; aksi şekilde düzenlenmiş belgeler Sigortacı tarafından işleme alınmayacaktır. HUV'un tarifesinde belirtilmeyen veya anlaşmazlığa düşülen işlemlerin doktor ücretleri için Türk Tabipleri Birliği'nin görüşü alınır.

3.1.6 Küçük Müdahale Teminatı

Türk Tabipleri Birliği'nin yayımladığı HUV (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı) tarifesinde belirtilen ve 199 birime kadar (199 birim dahil) olan küçük müdahaleler ile pansuman, tüm enjeksiyon uygulamaları, serum takılması, kulak yıkama, her türlü alçı uygulaması (199 birimin üzerinde olanlar dahil), oksijen verilmesi, apse drenajı, mide yıkama, lavman, sonda takma, tırnak çekme, her türlü koterizasyon, endometrial küretaj, probe küretaj, fraksiyone küretaj ve tedavi amaçlı olsa da dilatasyonlu küretaj, krioterapi uygulaması, her türlü ağrı tedavisine yönelik girişimler ve derinin tüm iyi huylu tümörlerinin, büyüklüğüne ve sayısına bakılmaksızın çıkarılması gibi tüm küçük müdahaleler tedavinin gerekli olduğunu gösterir doktor raporu ile belgelenmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi (MİM) tarafından onaylanması kaydıyla Poliçe'de belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

3.1.7 Ambulans

Sigortalı'nın teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye veya Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi'nin (MİM) onaylaması halinde; bulunduğu il ve hastaneden bir diğer il ve hastaneye, kara ve/veya hava ambulansı ile taşınması için yapılan masraflar Poliçe'de belirtilen ilgili teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Anlaşmasız ambulans masrafları Poliçe'de belirtilen limit ve katılım payı doğrultusunda değerlendirilmektedir.

Hava ambulansı Sigortacı tarafından onaylaması şartı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir. Ambulans hizmetleri için acil durumlar esas alınır.

3.1.8 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Teminatı

Kemoterapi ve radyoterapi ile ilgili giderler (doktor, oda-refakatçi, ilaç, venöz port açılması) ve kemoterapiradyoterapi öncesinde bu iki işlemin yapılabilmesi için gerekli olan kan tetkikleri ile, kemoterapi ve radyoterapi sonrasında oluşabilecek komplikasyonların değerlendirilmesi için yapılan kan tetkikleri ve komplikasyonlarının tedavisi dahil olmak üzere, Poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminattan değerlendirilir. Kanser tedavileri dışında Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Roferon-A ya da İntron-A) ve "peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar (Pegasys ya da Pegintron) kemoterapi teminatından ödenir.

Kemoterapi ve radyoterapi öncesi ve sonrasında hastalığın seyrini değerlendirmek için yapılan muayene ve tetkiklere ait giderler ayakta tedavi teminatından ödenir, kemoterapi teminatından ödenmez.

Türkiye'de ruhsat almamış olan kemoterapi ilaçlarının Sigortalı'nın mevcut sağlık durumu için FDA onaylı ve Türk Eczacılar Birliği tarafından faturalandırılmış olması halinde ilgili masraflar Poliçe'de belirtilen anlaşmalı kuruluş katılım payı ve limit dahilinde değerlendirilir.

Anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda, o sağlık kuruluşunun kadrolu doktoru olmayan, dışarıdan gelen bir doktora yaptırılan kemoterapi/radyoterapi için, kadrolu olmayan doktora ödenecek ücret Poliçe özel şartları Madde 3.1.5'te belirtildiği üzere Anlaşmasız Doktor Masrafı kadar ödenir.

3.1.9 Kaza Sonucu Dış Teminatı:

Trafik kazası/adli kaza sonucu oluşan dış/çene cerrahisi ile ilgili dış hekimlerce yapılan tedavi giderleri ve dişlerin yerine konulması (resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartı ve tedavinin kazayı takip eden 90 gün içinde yapılmış olması koşulu ile) cerrahi yatış teminatından ödenir. Bu kapsamda yapılacak müdahalelerde kullanılabilinecek kıymetli madenler ile yapılan implant ve kaplama gibi malzemeler Poliçe kapsamı dışında değerlendirilecektir.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

3.1.10 İlaç ve Sarf Malzeme Teminatı:

Yatarak tedavi sırasında kullanılan ilaç ve sarf malzeme giderleri, Poliçe'de belirtilen limit ve Poliçe özel ve genel şartları dahilinde bu teminat kapsamındadır.

3.1.11 Suni Uzuv/Protezler

Sigorta başlangıç tarihinden sonra geçirilmiş bir operasyon ve/veya adli kaza sonucu kullanma zorunluluğu doktor tarafından belgelenen MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından onaylanan destek protezleri, ameliyat sırasında zorunlu olarak uygulanırsa dahi vücuda dışarıdan takılan protezler, suni uzuv (göz, el, kol, bacak) giderleri Poliçe'de belirtilen bu teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Kanser tedavileri sonrası ortaya çıkabilecek meme/testis protezi masrafları suni uzuv teminatından Poliçe'de belirtilen limit, özel ve genel şartlar doğrultusunda ödenir.

Yukarıda belirtilenlerin dışında estetik amaçlı uygulanan her türlü protez kapsam dışıdır.

3.1.12 Evde Tıbbi Bakım

Sigortalı'nın Evde Tıbbi Bakım teminatından yararlanabilmesi için trakeostomi, sık ortorekeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN/IV sıvı desteği ihtiyacı, vantilatöre bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir.

Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde ve Sigortacı'nın onaylaması şartıyla, Sigortalı'nın Evde Tıbbi Bakım Tedavi organizasyonu ve oluşan masraflar Poliçe'de belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda aksi belirtilmedikçe Poliçe süresince 90 güne sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. İlgili gün limiti, Poliçe'deki Yatarak Tedavi Teminatı için tanımlanan yıllık 180 günlük yatış limitinden düşülmez.

3.1.13 Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu Sigortalı'ya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel (orthoz, brace, aktif anke, bon spur ped), rom walker, walker, nebulizatör, elastik bandaj, kol askısı, korse, ortopedik bot, tabanlık, dirseklik, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, alçı terliği, kolostomi torbası, ürostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda), koltuk değneği, aerochamber ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında Poliçe'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.14 Yatış Sonrası Fizik Tedavi

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığa ilişkin cerrahi yatış veya yoğun bakım sonrasında yapılan tedavileri destekler nitelikte ve 3 ay içinde yapılması şartı ile Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi, MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylaması halinde; ilgili fizik tedavi masrafları Poliçe'de belirtilen limit ve katılım payı oranında ödenir. 3. aydan sonra devam eden fizik tedavi seansları varsa ayakta tedavi teminatından değerlendirilir.

3.1.15 Rehabilitasyon Teminatı

Bu teminat Sigortalı'nın yatış endikasyonu ile yatarak fizik tedavisi gerektiğinde devreye girmektedir. Teminat kapsamında bir rahatsızlığa ilişkin tıbben yatarak gerçekleştirilmesi zorunlu olan rehabilitasyon giderleri Sigortalı'yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylaması halinde; Poliçe'de belirtilen limit ve katılım payı oranında değerlendirilir.

Bu limit dışında ayrıca oda-yemek-refakatçi, doktor takibi vb. diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

3.1.16 Acil Tanı Teminatı

Sigortalı'nın hastaneye başvurmasına neden olan acil sağlık durumunun muayenesi ve ilk teşhisine yönelik giderler Poliçe'de belirtilen limit ve katılım oranı dahilinde bu teminat kapsamındadır. Sağlık kuruluşlarının acil servislerinde yapılsa dahi, müdahale gerektirmeyen tanı ve muayene işlemleri Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir.

3.1.17 Robotik Cerrahi Teminatı

Tedavinin doktor tarafından uygun görülen Robotik Cerrahi yöntemi ile (Da Vinci gibi) yapılması ve robotik cerrahinin ilgili tanıda MAPFRE Medikal İşlem Merkezi (MIM) tarafından onaylanması durumunda Poliçe'de belirtilen Robotik Cerrahi teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri ve Robotik Cerrahi sırasında oluşan tüm hastane masrafları (oda, refakat ücretleri, operatör doktor ücreti vb.) bu teminat limit ve katılım payı oranları ile ödenmektedir.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Tedavinin Anlaşmalı veya Anlaşmasız Kuruluş'ta olmasına bakılmaksızın anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan) tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti Poliçe'de belirtilen limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. HUV'un tarifesinde belirtilmeyen veya anlaşmazlığa düşülen işlemlerin Doktor ücretleri için HUV'un görüşü alınır.

3.2 Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta Tedavi Teminatı Poliçe'de eklenmiş olması halinde geçerlidir.

Sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayene, tanı/ileri tanı amaçlı incelemeler, reçeteli ilaç ve seanslı ayakta tedavi giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta Tedavi Teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri Poliçe'de belirtilen limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Poliçelerde, Ayakta Tedavi üst limitini aşan tedavi giderleri ödenmez.

Sigortalının herhangi bir sağlık kuruluşundaki muayene, tetkik ve tedavi işlemleri sadece MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi'nin (MİM) onaylaması halinde Poliçe'de belirtilen ayakta tedavi teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Ayakta Tedavi Teminatları tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

3.2.1 Doktor Muayene

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılan Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu ile belgelenen Ayakta Tedavi kapsamındaki fiziki muayene giderleri Poliçe'de belirtilen limit, katılım payı, muafiyet ve teminat yüzdeleri ile özel ve genel şartlar dahilinde değerlendirilir.

İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar aynı hekim tarafından yapılan muayeneler, kontrol muayenesi olduğundan bu şekilde fatura edilmiş tedavi giderleri ödenmez.

MAPFRE Sigorta A.Ş. Anlaşmalı Doktor Listesi'nde yer alan doktorların provizyon işlemini online sistemler üzerinden gerçekleştirmeleri durumunda ilgili muayene tutarı, Poliçe'de belirtilen teminat limitleri dahilinde %100'lü olarak özel şartlar dikkate alınarak değerlendirilecektir.

Anlaşmalı Kuruluşlar'da kadrolu/kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan doktorları tarafından yapılan muayeneye ait giderler her halükarda Sigortalı tarafından ödenecek ve Sigortalı'ya değerlendirilmek üzere gönderilecektir. İlgili faturalar mutlak surette serbest meslek makbuzu ve/veya VUK'a (Vergi Usul Kanunu) uygun olarak düzenlenen POS slibi şeklinde olmalıdır.

MAPFRE Sigorta'nın yapacağı değerlendirme ve hukuki incelemeler sonucu bazı doktor/kuruluşlara ait faturalar için MAPFRE Sigorta'nın kısmi ödeme yapma ya da ödeme yapmama hakkı saklıdır.

Ayakta tedavi kapsamındaki Poliçelerimizde anlaşmasız doktor tercih etmeniz durumunda, MAPFRE Sigorta Müşteri Hizmetleri'ne, MAPFRE Go ve Kurumsal Web Sayfa'mıza ulaşarak ilgili doktorun geçerliliği teyit edilmelidir.

3.2.2 Reçeteli İlaç

Ayakta tedavi kapsamında doktor reçetesi ile belgelenen ilaçlar, koruyucu aşı giderleri (kuduz, tetanos, grip, 65 yaş üstü kişiler için pnömokok ile 0-6 yaş çocuklar için; Sağlık Bakanlığı aşı takvimine ek olarak rotavirüs, meningokok), bu teminat kapsamında değerlendirilir, Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı ilaçlara ait giderler reçete aslı ile fatura ve/veya kasa fişi olmadan ödenmez. İlaç alımında doz sınırlaması için uygulamamız 1 aylık doz olacak şekilde düzenlenmiştir. Ancak reçete yazıldıktan sonra 7 işgününde ilaç alımının yapılması gerekmektedir. 7 işgününden sonra alınan ilaçlar MAPFRE Sigorta A.Ş. tarafından ödenmeyecektir.

Kronik hastalıklar için ilaç kullanımı gerektiğinde, Sigortalı'nın rahatsızlığının, rahatsızlığın öyküsünün ve planlanan tedavisinin yer aldığı hekim raporu ile birlikte Sigortalı'ya başvurması gerekir. Kronik ilaç kullanımının onaylanması halinde Sigortalı'nın Poliçe dönemi içerisindeki tedavi süresince, gerekli ilaçlar için anlaşmalı eczaneye "İlk doktor raporu ve/veya reçete fotokopisi" ile başvurması yeterli olacaktır. Tedavi süresince talep edilen onaylanan ilaçlar kasa fişi/fatura ibraz edilmesi halinde Poliçe'de belirtilen iştirak oranı ve limit dahilinde ödenir.

3.2.3 Tanı Amaçlı İncelemeler

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nda belirttiği, Poliçe'nin geçerlilik süresi içerisinde gerçekleşen, teminat kapsamındaki durumlar için yapılan tahlil, röntgen, iştirme testi, USG, Doppler, EEG, EMG EKG, EKO, holter giderleri ve bu belirtilen tanı yöntemleri ile sınırlı kalmamak üzere benzer tanı yöntemleri, bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi ve doktor ücretleri ve tanı işlemine ilişkin diğer giderler Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Taniya yönelik işlemlerde Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nun Doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve Doktor tarafından yapılması gerekli görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir.

3.2.4. İleri Tanı Amaçlı İncelemeler

Tıp doktorunun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu'nda belirttiği BT,MR, PET-CT ve sintigrafiler (talyum vb.), endoskopik işlemler (gastroskopi, kolonoskopi (biopsi dahil), bronkoskopi vb.), anjiyografiler (koroner anjiyografi hariç), biopsiler, ürodinami giderleri ve bu belirtilen tanı yöntemleri ile sınırlı kalmamak üzere benzer tanı yöntemleri, bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi ve doktor ücretleri, tanı işlemine ilişkin diğer giderler Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılanır.

Taniya yönelik işlemlerde Sağlık Sigortası Hasta Formu'nun Doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulması ve Doktor tarafından yapılmasına gerek görülen her tanı işleminin bu formda belirtilmesi gerekir.

3.2.5 Seanslı Ayakta Tedavi İşlemleri

Teminat kapsamındaki bir rahatsızlığın tedavisi için Doktor tarafından gerekli görülen ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından seans/gün olarak onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, PUVA (UVA), Hiperbarik O2, ESWT vb. giderleri Poliçe'de belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Uygulanacak tedaviler birden fazla vücut bölgesine uygulanması halinde her bölge bir seans olarak işlem görecektir.

3.3 Destek Ayakta Tedavi Teminatı

Destek Ayakta Tedavi Teminatı Poliçe'de eklenmiş olması halinde geçerlidir.

Ameliyat ile sonuçlanmış yatarak tedavilerde ve/veya adli bir kaza sonucu oluşan yatarak tedavilerde yatış tarihinden itibaren 30 gün öncesi ve 30 gün sonrasında aynı vaka ile ilgili tüm Ayakta Tedavi giderleri Poliçe'de belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Destek Ayakta Tedavi Teminatı tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

3.4 Annelik Teminatı

Annelik Teminatı tercih edilen plan içinde var olması halinde geçerlidir.

3.4.1 Standart Annelik Teminatı

Doğum eylemi ve doğum sonrası anne için oluşan hastane masrafı, tıbbi abortus, tıbbi zorunluluk nedeniyle yapılan küretaj veya düşük ve/veya gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar ve ayrıca Sigortalı, şirketin belirlediği planlar dahilinde ayakta tedavi teminatına sahip ise; gebeliğin tespiti ve sonrasında gebelikle ilgili oluşabilecek her türlü hastalık, rutin kontroller ve tetkikler (amniosentez, non invaziv prenatal test, TORCH paneli, vb.), Annelik Teminatı kapsamında teminatın yıllık limit, katılım ve teminat yüzdesi dâhilinde özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Yeni doğan rutin bebek masrafları (ilk muayene ve bakım masrafı) Annelik Teminatı limiti, katılım ve teminat yüzdesi dahilinde karşılanır.

Annelik Teminatı tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

Hamilelik ve doğum ile ilgili yurt dışında gerçekleşecek olan tüm giderler bu teminat limit ve koasüransları dahilinde değerlendirilecektir.

3.4.2 Aile Planlaması

Sık tekrarlanmayan aile planlaması yöntemleri (kısırlaştırma, tüp ligasyonu, spiral uygulamaları vb.) Poliçe'de belirtilen şartlar ve teminat kapsamında Annelik Teminatı limitinin %20'sine kadar (Annelik Teminatı limiti dâhilinde) ödenebilecektir.

Sık tekrarlanan (doğum kontrol hapı, kondom, vb.) aile planlaması yöntemleri kapsam dışındadır.

Aile planlaması yöntemlerinden faydalanabilmek için Annelik Teminatı için bekleme süresinin aşılması gerekmektedir.

3.5 Kontrol Mamografi / Kontrol PSA Teminatı

40 yaş ve üstü yaşlardaki kadın Sigortalıların kontrol amaçlı olarak çektikleri mamografi masrafları, 40 yaş ve üstü yaşlardaki erkek Sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptıkları PSA tetkik masrafları, şirketimizin checkup anlaşmalı kuruluşlarında yaptırımları koşulu ile Poliçe'de aksi belirtilmedikçe yatarak tedavi ve/veya ayakta tedavi planına sahip Sigortalılar için yılda bir kez ve %100 olarak ödenir. Bu tetkikler için Poliçe kapsamında geçerli olan anlaşmalı kuruluşların detaylarına www.mapfre.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yaptırılan kontrol amaçlı mamografi/PSA ve gerekirse meme ultrasonografi masrafları Poliçe kapsamında ödenmeyecektir.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

3.6 Diş Tedavi Teminatı

Diş muayeneleri, panoramik röntgen, dolgular, reçine, plastik ve geçici dolgular, diş çekimleri, dişeti hastalıkları, gingivitis (diş eti iltihabı), diş kayıplarında yapılması zorunlu köprü masrafları, total ve parsiyel protezler, detertraj (diş temizliği) teminat kapsamındadır.

Ortodonti, kozmetik diş masrafları, gece plağı, metal, altın veya diğer kıymetli kaplamalar ve rutin diş check-up'ları, Ortodontik apareyler (dişlerdeki düzensizliklerin ya da yanlış konumda bulunan dişlerin düzeltilmesi veya bu tür oluşumların önlenmesi için uygulanan tedaviler) teminat kapsamında değildir. Diş tazminat taleplerinde, fatura ekinde; diş şeması iletilmesi zorunludur.

Diş doktoru reçeteleri diş teminatından ödenir. Diş ve çene cerrahisi ameliyatları diş teminatından ödenecektir.

İlgili teminat poliçeye ilave edilmiş ise poliçe teminat tablosuna belirtilmektedir.

3.7 Göz Tedavi Teminatı

Göz teminatı, numaralı gözlük camı ve çerçevesini, kozmetik amaçlı olmayan kontakt numaralı lens masraflarını, lens solüsyonlarını göz hekiminin yazılı tavsiyesi ile senelik azami limit dahilinde karşılar. Gözlük reçetesi 1 yıl için geçerli olacaktır.

Kozmetik lensler, güneş gözlükleri, doktor tavsiyesi olmadan ihtiyari cam değiştirme ve ihtiyari gözlük çerçevesi masrafları teminat dışıdır.

Tazminat değerlendirmesi için, fatura ekinde; gözlük şeması ve beraberinde gözlük garanti belgesi iletilmesi zorunludur. Lens faturalarının ödenmesi için, reçete fatura ile birlikte gönderilecektir.

Sigortalının dönem içinde mikrobik ve viral enfeksiyonları ve gözle ilgili diğer rahatsızlıkları (optik olsun olmasın) teşhis aşamasında ayakta tedavi teminatındaki doktor vizitesinden ödenecektir ve göz teminatına dahil edilmeyecektir. İlgili teminat poliçeye ilave edilmiş ise poliçe teminat tablosuna belirtilmektedir.

3.8 Yurt Dışı Tedavi Teminatı

Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra, yurt dışında gerçekleşen, dâhili/cerrahi yatış gerektiren ve teminat kapsamında yer alan yatarak tedavi harcamaları (Yurt İçi Yatarak Tedavi Teminatı'nda tanımlanan durumlar geçerli olacak şekilde) Poliçe'de belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra yurt dışında gerçekleşen rahatsızlıklarına ilişkin doktor muayene, ilaç, tanı amaçlı, ileri tanı amaçlı incelemeler ve fizik tedavi giderleri ayakta tedavi kapsamında (Yurt İçi Ayakta Tedavi Teminatı'nda tanımlanan durumlar geçerli olacak şekilde) değerlendirilen tedavi harcamaları, Poliçe'de belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

Poliçe dönemi içerisinde sürekli Yatarak Tedavi görme hali hariç yurt dışında kesintisiz olarak 3 aydan fazla ikamet eden Sigortalıların teminatları Poliçe'de özel bir anlaşma yoksa yurt dışında kaldığı üçüncü aydan itibaren durur. Teminatların durduğu dönem içerisinde yurt dışında oluşacak tedavi masrafları için Sigortacı tazminat ödemez.

Sigortalının Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden önce Türkiye gümrüğünden giriş yapmasının ardından teminatları yeniden başlar. Bu sebeple Sigorta Ettiren'in 3 aydan fazla yurt dışında konaklaması gereken durumları Sigortacı'ya bildirmesi gerekir. Sigortacı'nın, gidilecek ülkeye göre teminatı durdurma veya özel şartlarla devam ettirme hakkı saklıdır.

Yurt dışı ve yurt içi teminatları için aynı özel ve genel şartlar geçerlidir.

Yurt dışı yatarak ve/veya ayakta tedavi kapsamında yer alan sağlık harcamalarına ait faturalar, fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası Efektif Satış Kuru üzerinden Türk Lirası olarak (ilgili ülke para biriminin T.C.M.B. karşılığının olmaması durumunda ABD/USD karşılığı çapraz kuru üzerinden karşılığı TL olarak) hesaplanır ve Poliçe'de belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak Sigortalı'ya ödenir. Sigortacı'nın; söz konusu yurt dışı giderlerinin değerlendirilebilmesi ve ilgili fatura ödemelerinin yapılabilmesi için, Sigortalı'dan söz konusu giderlerin gerçekleştiği tarihte yurt dışında, ilgili ülkede bulunduğunu belgelemesi isteme hakkı saklıdır. Teminat kapsamındaki ilgili ödemenin yapılabilmesi için ilgili her türlü belgenin noter tasdikli tercümesinin Sigortacı'ya iletilmesi şarttır.

MADDE 4. STANDART BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen durumlar Sigortalının Kayıt Tarihi'nden itibaren adli bir kaza sonucu oluşmadığı takdirde ilgili bekleme süreleri boyunca tüm tedavileri kapsam dışında tutulmuştur. Sigorta Poliçesi'nin yenileme koşullarına göre tekrarlanarak sürdürülmesi ve Sigortacı tarafından aşağıda sayılan durumlardan biri için özel istisna konulmaması halinde 12 aylık sigortalılık süresini kesintisiz olarak tamamlayan ve Sigortacı tarafından ayrıca bir Bekleme Süresi konulmuş ise bu Bekleme Süresi'ni tamamlamış olan Sigortalılar için aşağıda sayılan standart Bekleme Süreleri uygulanmaz ve teminata dâhil olur.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Adli Bir Kaza Sonucu Oluşmadıkça 12 Ay Bekleme Süresi Olan Durumlar

1. Tüm herniler,
2. Anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fistül ve fissür, anal apse vb.) pilonidal sinus (kist dermoid sakral),
3. Tonsillektomi, adenoid vegetasyon cerrahisi, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi.
4. Benign (iyi huylu) her türlü tümör, yer kaplayan lezyon, nevüs, polipler ve hiperplazi eksizyonları vb.
5. Tiroid ve paratiroid hastalıkları.
6. Rahim ağzı, rahim, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve operasyonlar, endometriozis, sistorektosel.
7. Hidrosel, spermatozel, kordon kisti ve epididim kisti.
8. Omurga ve disk hastalıkları, her türlü eklem rahatsızlıkları (diz, omuz vb.) trigger finger, bağ ve tendon rahatsızlıkları, karpal tünel, tarsal tünel,
9. Varis ve Ven Trombozu,
10. Üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat cerrahileri.
11. Bütün endoskopik, laparoskopik işlemler ve anjiyografiler (tanı amaçlı yapılan işlemler hariç).
12. Katarakt, glokom, keratoplasti.
13. Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları.
14. Tüm kronik hastalık tedavileri ve kronik hastalıklar için yapılacak evde bakım hizmetleri (hipertansiyon, ülser, reflü, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn vb.) KOAH, astım, şeker (diyabet) hastalığı, demiyelinizan hastalıklar, myastenia gravis, sarkoidoz, nefrit, tüm romatizmal ve bağ dokusu hastalıkları).
15. Annelik Teminatı kapsamındaki tüm durumlar (Hamilelik rutin kontrolleri, normal veya sezaryen doğum, düşük ve/ veya bunlardan kaynaklanan her türlü komplikasyon vb.)

MADDE 5. STANDART İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilen Teminat Dışı hallerden başka, aşağıda belirtilen durumlar bu Poliçe'nin tüm teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

1. Poliçe Başlangıç Tarihi'nden sonra belirlenmiş, ileri yaşta ortaya çıksa dahi doğumsal (Konjenital) ve genetik hastalıklar, aksine bir sözleşme belirlenmedikçe (Bebek doğuştan itibaren sigortalı olmuş olsa dahi) prematüre bebek ve küvöz masrafları
2. Pes planus, halluks valgus/rijitus için yapılacak tetkik ve tedaviler ile ilgili harcamalar.
3. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, Sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan antipsikotik, anksiyolitik, antiköngülzan ve tüm psikotrop ilaçlar.
4. Nazal septum ve konka için yapılacak operasyonlar.
5. Şaşılık, otoskleroz, keratokonus, pitozis ile ilgili yapılacak tetkik ve tedavi masrafları.
6. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dâhil (tanı almış olsun olmasın ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri.
7. Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, gen haritalaması, gen taranması ile ilgili tetkikler.
8. Yapısal bozukluklar, motor mental gelişim ve büyüme bozukluğu, (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği, erken/geç puberte vb.) ile ilgili rutin ve spesifik her türlü tetkik ve tedavi giderleri.
9. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, nöropsikiyatrik testler, her türlü psikoterapi ve bunlara ilişkin tüm giderler.
10. Ehliyetsiz araç kullanımı nedeniyle oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler (ehliyet, Sigortalı'nın kullandığı aracın sınıfına uygun olmalıdır).
11. Alkolizm, alkol (promil seviyesine bakılmaksızın), uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü hastalık, zehirlenme, rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler.
12. Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), kitesurfing, kitesurfing, su altı sporları, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları ve ehliyet gerektirmeyen elektrikli scooter, elektrikli bisiklet ve elektrikli motosiklet, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 40.000 TL ile limitlidir. Bu faaliyetlerden sadece kayak, ulaşım amaçlı ve ehliyetli olması şartı ile motosiklet ve ATV kullanımı ile ilgili tüm masraflar risk gerçekleşmedikçe ek prim ile poliçe limit ve koasürans oranları dahilinde teminat kapsamına alınabilecektir.
13. Yapıldığı kuruluşa bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropratik tedaviler, ayurveda, ozon terapi, kaplıca ve içme tedavileri, kaplıca ve termal merkezleri, sanatoryum, huzurevi, bakımevi, prevantoryum ve rehabilitasyon merkezlerinde yapılan tedaviler.
14. Bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından onaylanmamış ilaç ve malzemeler ile ilgili tüm giderler.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

15. HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı) karşılığı olmayan işlem/tehdaviler.
16. Estetik, kozmetik, lazer ve güzellik merkezleri, lens ve optik merkezleri, Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezler, sağlıklı yaşam merkezleri, geleneksel/tamamlayıcı ve alternatif tıp merkezleri, anti-aging merkezleri, zayıflama merkezleri, spor merkezleri, yaşam koçluğu merkezleri ve ayak sağlığı merkezlerinde yapılan her türlü işlem ve bu işlemlere ait tüm giderler (muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.).
17. Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan tıp hekimlerince ve tıp doktoru olmayan kişilerce yapılan her türlü işlem ve bu işlemlere ait tüm giderler.
18. Nazal valv cerrahisi ile ilgili giderler.
19. Spor öncesi, evlilik öncesi, işe başlama öncesi gibi nedenlerle sağlık kurulu veya doktor raporu temini için yapılan giderler.
20. Sigortalı'nın 1. derece akrabaları tarafından kesilen faturalar.
21. Tarama amaçlı yapılan koroner arter kalsiyum skorlama, koroner VCT anjio, EBT (elektron Beam Tomografi) gibi tetkikler, sanal anjio ve sanal kolonoskopi ile ilgili giderler.
22. Laboratuvar ruhsatı olmayan kuruluşlardan gelen tahlil giderleri.
23. Sigortalı'nın özel istisnasının kaldırılmasına yönelik yapılan tüm harcamalar.
24. MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından hastaneden gelen raporlar doğrultusunda endikasyonu olmayan Yatarak Tedaviler ve belirli bir şikâyet ve/veya hastalığa bağlı olmayan, şikâyetle ilgisiz yapılan tanı ve tedaviler ile ilgili harcamalar (Check-up, rutin kontrol vb.)
25. Poliçe'nin geçerlilik süresinde meydana gelen adli bir kaza ve hastalık (kanser, yanık vb.) sonucu meydana gelmedikçe; plastik ve rekonstrüktif cerrahi, her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler ve bunlara bağlı komplikasyonlar, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekometri, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, burun estetiği, karın estetiği, sivilce (akne) tanı ve tedavisi, saç dökülmesi tanı ve tedavisi (alopesi areata hariç), her türlü meme küçültme ve büyütme ameliyatı ve aksesuar meme operasyonu ile ilgili tüm giderler.
26. Obezite, kilo, iştah bozukluklarına ilişkin tanı veya tedavi, cerrahi ve komplikasyon, diyetisyen, zayıflama ve kilo alma programı ile ilgili tüm giderler.
27. Uvuloplasti, horlama, uyku apnesi ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri.
28. Skolyoz ve tüm omurga eğriliği ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri.
29. Dengeli beslenme, diyet-egzersiz programları, alternatif ve/veya tamamlayıcı tedaviler uygulayan hekimlere ait muayene, tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri.
30. İşitme kusuru cerrahisi (tüp takılması, timpanoplasti, kronik otit sekeli vb. hariç) ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, ses ve konuşma terapileri.
31. 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri (MAPFRE Sigorta bebeklerinde uygulanmayacaktır).
32. Madde 3.1.13'te tanımlanan yardımcı Tıbbi Malzemeler Teminatı kapsamında değerlendirilmeyen tıbbi malzemeler, CPAP cihazı, kalibrasyonu ve monitorizasyonu, evde kullanılan nemlendiriciler, vücuda dışarıdan takılan cihazlar (işitme cihazı, koklear implant vb.), ilaçla alınmayan enjektörler, bantlar, telefon, TV, kafeterya, idari hizmet, paramedikal hizmet ve servis ücreti gibi tedavi için gerekli olmayan sair giderler ile her türlü external protezler ve destek protezleri (Yatarak Tedavi Teminatı bünyesinde değerlendirilemeyecek olanlar)
33. Alerji için yapılacak aşılardan, alerji testleri, deri prick testi, gıda intolerans testleri, her türlü immünoterapiler (metabolik ve otoimmün hastalıkların tedavisi için yapılanlar hariç)
34. İsteğe bağlı küretaj, infertilite (kısırlık), sterilite, düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri (tüp bebek, folikül takibi, mikroenjeksiyon, tuboplasti vb.) histero salpingografi (HSG), spermogram, adezyolizis giderleri.
35. Kısırlıkla ilgili olsun ya da olmasın varikosel giderleri (18 yaş altı varikosel hariç).
36. Cinsiyet değiştirme operasyonları, iktidarsızlık, peyroni, penil kordi, vajinismus, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve Madde 3.4.2 kapsamına girmeyen doğum kontrol yöntemleri (hap, kondom vb.) giderleri.
37. Bulaşma yoluna bakılmaksızın sifiliz, anogenital kondilomlar, HIV, AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri.
38. Tıbbi gereği olsa dahi sünnet ve fimozis ile ilgili tüm harcamalar.
39. Yüzeysel varis tedavisi için uygulanan skleroterapi, lazer, ısın, masaj, çorap vs. gibi ile ilgili giderler.
40. Organ, doku ve kan naklinde verici ile ilgili masraflar.
41. Kordon kanı ve kök hücre alınması ve saklanması ile ilgili giderler.
42. Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklar ile ilgili tüm giderler.
43. Hastalığa karşı koruyucu her türlü işlem ile kuduz, tetanos, grip, 65 yaş üstü kişiler için pnömokok, 0-6 yaş çocuklar için Sağlık Bakanlığı aşı takvimine ek olarak rotavirüs, meningokok haricindeki tüm aşılardan (aşı öncesi veya sonrası yapılan tetkikler ile aşı uygulama bedelleri dahil) ve hastalığa karşı her türlü koruyucu işlemler.
44. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98/2 maddesi gereğince, Sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları
45. MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi tarafından onaylanmayan özel hemşirelik giderleri (Evde Bakım Teminatı dışında) ve acil durumlar (Madde 2 Tanımlar'da açıklanmıştır) dışındaki ambulans giderleri, yardımcı sağlık personeline (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi) ait tüm giderler.
46. Muayenehane hekimi tarafından yapılan tetkikler (Sağlık Bakanlığı onayı olan temel laboratuvar tetkikleri hariç).

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

47. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, ilaç tanımına girmeyen etken madde içermeyen preparatlar, Tarım Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış her türlü madde ve kimyasallar, resmi ithal edilmemiş tüm ilaçlar (Türkiye'de bulunmayan ve muadili olmayan, Sağlık Bakanlığı'nın izniyle ithal edilen ilaçlar hariç), vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacıyla kullanılan vitamin-mineral kombinasyonları ve/veya beslenme düzenleyici preparatlar ve tıbbi mamalar.
48. Diş hekimi ve çene cerrahlarınca yapılan muayene, diş-diş eti tedavisi ile çene tedavilerine ilişkin tüm giderler, diş macunu ağız ve diş bakım preparatları, vb. ait masraflar.
49. Gözlük-lens, lens solüsyonu, toric ve multifocal lensler ile görme tembelliği, gözde kırılma kusurları (miyop vb.) tedavileri, MAPFRE Bebekleri hariç olmak üzere göz kaymaları için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları.
50. Her türlü tıbbi malzeme ve/veya cihaz kullanım/kira ücretleri (evde bakım teminatı kapsamında değerlendirilenler hariç)

MADDE 6. COĞRAFI KAPSAM

Türkiye sınırlarında ikamet eden kişiler için geçerlidir. Poliçe'de yurt içi teminatlar tüm Türkiye'de, yurt dışı teminatlar ise Türkiye dışında tüm dünyada geçerlidir.

MADDE 7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1 Limit Uygulamaları

Yıllık Toplam Limit: Sigorta Poliçesi ekinde verilen Poliçe'de, hastalık başına ve/veya teminata göre değişebilen limitler belirtilmiş olup, bu limitler üzerinden ilgili teminata ait varsa katılım payı düşülerek işlem yapılmaktadır. İlgili limitlerden önce talep edilen tazminat tutarı sonra varsa teminata ilişkin katılım payı düşülerek ödenecek tazminat tutarı belirlenir. Ancak bu tutar her hâlıkârda ilgili işlemin geçerli olacağı ana teminatın limitini geçemez.

Yıllık Yatarak Tedavi Toplam Gün Limiti: Sigortalı'nın bir Poliçe Dönemi'nde Hastane'de yatacağı toplam gün sayısı 180 olup, bu limitin maksimum 90 günü yoğun bakım için kullanılmaktadır. Bu amaçla, Hastane'de yatılan her gün bir gün olarak sayılacaktır. Yenilenen her Poliçe Dönemi ilgili limitler yeniden başlayarak değerlendirilecektir.

Yatarak Tedavi Yaşam Boyu Toplam Gün Limiti: Sigortalı'nın yaşamı boyunca yararlanabileceği toplam Yatarak Tedavi gün sayısı 720 olup, Sigortalı'nın Poliçesi'ni kesintisiz olarak yenilediği yıllar için geçerli olacaktır. Bu amaçla, Hastane'de yatılan her gün bir gün olarak sayılacaktır. Yatarak Tedavi Yaşam Boyu Toplam Gün Limiti dolarsa limiti dolan Sigortalı'nın tüm teminatları, limitin dolduğu gün kendiliğinden sona erer. Yaşam boyu gün limitinin (720 gün) aşılması durumunda, Sigortalı'nın Poliçe'yi yenileme hakkı vardır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalılarda yatarak tedavi yaşam boyu toplam gün limiti uygulanmaz.

Poliçe Bitiş Tarihinden Sonra Devam Eden Yatış Limiti: Sigorta Poliçesi yürürlükteyken başlayan ve kesintisiz olarak Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden sonraki bir tarihe kadar süren hastane tedavilerinin masrafları, sigorta süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden itibaren 10. güne kadar teminat altındadır. Sigorta Poliçesi'nin iptali veya Sigortalı'nın Sigorta Poliçesi teminatlarından çıkarılması ya da teminat planını değiştirmesi halinde iptal, çıkartılma veya plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

7.2 Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulamaları

Sağlık Sigortası Genel Şartları ile bu Sigorta Poliçesi'nin Özel Şartları'nda belirtilen teminatların kapsamındaki sağlık harcamalarının Poliçe'de belirtilen teminat yüzdesi, limit ve muafiyetler dikkate alınarak Sigortalı'nın ödeyeceği kısım Kabul Edilebilir Tazminat olarak belirlenir. Poliçe'de belirtilen teminat yüzdesinden arta kalan katılım payı ise Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

7.3 Muafiyet Uygulamaları

Sigorta Poliçesi ekinde verilen Poliçe'de teminata göre değişebilen, Sigortalı'nın ödemekle yükümlü olmadığı yıllık toplam limit tutarıdır.

Sadece Yatarak veya Yatarak ve Ayakta Tedavi alınmış bir Poliçe'de, sağlık harcamalarına ilişkin ödemenin başlayabilmesi için; faturanın değerlendirileceği teminattan (Yatarak, Ayakta ve/veya Annelik) öncelikle muafiyet tutarı düşülür ve muafiyet tutarını aşan kısmı Poliçe'de belirtilen limit, katılım, özel ve genel şartlara uygun olarak ödenir.

MADDE 8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında gerçekleştirilecek tedaviler için alınmış provizyon onayları 7 gün içerisinde gerçekleşmesi durumunda geçerlidir. Bu süre içerisinde gerçekleştirilmeyen işlemler için yeniden provizyon alınması şarttır. 7 gün içinde işlemi yapılmayan ve yeniden provizyon onayı alınmayan işlemler için MAPFRE Sigorta AŞ'nin reddetme hakkı saklıdır.

Anlaşmalı Kuruluşlarda yapılmış giderler dışında Anlaşmasız Kuruluş'ta Sigortalı tarafından yapılmış ödemeler ile ilgili sağlık giderlerini gösterir fatura asılları ve gerekli diğer evrakın (doktor raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz Sigortalı'ya ulaştırılması karşılığında 5 işgünü içinde değerlendirmesi tamamlanır, ödemeye uygun olan talepler bu süre içerisinde ödenir.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Sigorta priminin taksitle ödendiği Poliçelerde rizikonun gerçekleşmesi halinde, kalan taksitler muaccel hale gelir ve Sigortalıya ödenecek tazminattan mahsup edilir.

Sadece Yatarak veya Yatarak ve Ayakta Tedavi alınmış bir Poliçe'de, sağlık harcamalarına ilişkin ödemenin başlayabilmesi için; faturanın hangi teminattan (Yatarak, Ayakta ve/veya Annelik) geldiğine bakılmaksızın öncelikle muafiyet tutarı düşülür ve muafiyet tutarını aşan kısmı Poliçe'de belirtilen limit, katılım, özel ve genel şartlara uygun olarak ödenir.

Sigorta süresi içinde Sigortacı'ya bildirilen ve kabul edilmiş sağlık durumları ile ilgili hastane tedavileri devam ederken Poliçe'nin sona ermesi ve yenilenmemesi durumunda, Poliçe'nin sona ermesinden sonraki 10 günlük tedavi giderleri Sigortacı tarafından ödenir.

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında ve Poliçe kapsamında değerlendirilen, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve devlete bağlı üniversite hastanelerinden gelen faturalar Anlaşmalı Kuruluş katılım ve limitleri dahilinde değerlendirilecektir.

Sigortalı'nın tedavisi sırasında vefatı durumunda, morg masrafları bu teminat limit ve katılım oranlarında değerlendirilir.

Yurt dışında gerçekleştirilmiş sağlık giderlerine ait yabancı dilde düzenlenmiş ödemelerde gerekli her türlü belgenin noter tasdikli tercümesi Sigortacı'ya iletilmelidir.

Uygulanan her türlü sağlık tedavisi sonrasında oluşan faturanızı görmeniz ve kendiniz adına maliyet kontrolünün yapılması, özellikle tüm hastane yatışları sonrasında oluşan hastane çıkış faturalarının incelenerek imzalanması gerekmektedir.

Yatarak Tedavi Teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için aşağıdaki belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir.

- 1- Sigortalı tarafından imzalanmış dökümlü hastane faturaları, yatış nedenini gösterir tıbbi rapor,
- 2- Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu (parça alınmışsa patoloji sonuç raporu dahil),
- 3- Gerekli görüldüğünde müşahede dosyası, trafik kazası tespit tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu, Sigortalı beyanı,
- 4- Epikriz (akış özeti) raporu,
- 5- Gerekli görüldüğünde endoskopik (laparoskopik, artroskopik, robotik, torakoskopik... vb) ameliyat videoları. Ayakta Tedaviler giderlerinin belgelenmesinde de teminat kapsamındaki ödemelerin yapılabilmesi için Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu ekinde aşağıdaki belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir.

Doktor Muayenelerinde;

- 1- Doktor ücretini gösterir (Dr. kaşesi ve branşı mutlaka belirtilmelidir) fatura veya serbest meslek makbuzu (Kasa fişleri geçersizdir).
- 2- Muayene sırasında ultrason yapılmış ise çıktı aslı veya raporu (gerektiğinde tıbbi kayıt)

MAPFRE Sigorta'nın yapacağı değerlendirme ve hukuki incelemeler sonucunda bazı kuruluşlara ait faturalar için az ödeme ya da ödeme yapmama hakkı saklıdır. Lütfen Poliçelerimizde Anlaşmasız Doktor tercih etmemiz durumunda, MAPFRE Sigorta Go, MAPFRE Sigorta Web Sitesi, 0850 755 0 755 No'lu hat ya da musterihizmetleri@mapfre.com.tr adresinden Müşteri Hizmetleri temsilcisine ulaşarak ilgili doktorun geçerliliğini teyit ediniz.

İlaç Giderlerinde

- 1- İlgili doktor reçetesi aslı (ve gerektiğinde doktor raporu).
- 2- Kasa fişi veya fatura.
- 3- Gerek görüldüğü durumda; ilaç ismi ve fiyatlarının bulunduğu ilaç kupür ve barkodları.
- 4- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu.

Tanı ve İleri Tanı Amaçlı İncelemelerde

- 1- Doktor istek yazısı/sevk pusulası veya raporu,
- 2- İlgili harcamaları gösterir faturalar,
- 3- İnceleme sonuçları, raporlar, gerektiğinde tıbbi kayıt.

Fizik Tedavilerde

- 1- Tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, Ultrason vb.),
- 2- Doktor istek yazısı, düzenlediği tedaviyi gösterir detaylı rapor (her seans için gerekli tedavi ve toplam seansın belirtilmesi şarttır).

Annelik Teminatında

- 1- İlgili doğum ve doktor raporu.
- 2- Dökümlü hastane faturası.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

3- Gerektiğinde müşahede dosyası.

4- Zorunlu küretajda Jinekolojik USG raporu, patoloji sonucu veya Beta HCG sonucu.

MADDE 9. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Sözleşmenin Yenilenmesi

İşbu sigorta en çok 1 yıl süre ile geçerlidir. Ancak, sigorta bitiş tarihini takiben Sigortalı/Sigorta Ettiren'in talebi ile Sigortacı'nın belirleyeceği esaslar dahilinde yeni Poliçe düzenlenebilir. Yenileme döneminde plan yükseltme değişikliği talebinde bulunulması halinde, sağlık beyan formu istenebilir. Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan Sigortalıların sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek Poliçe Yenileme Şartları'na karar verir.

Sigortacı'nın yeni sözleşmede geçerli olacak bir önceki dönemde ve/veya süregelen rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi hükümleri saklı kalmak kaydı ile şartlı kabullerde bulunması durumunda Poliçe yenilediği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece bu şartlı kabuller geçerli olacaktır. Sigorta Ettiren yenileme sırasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olsa bile Sigorta Poliçesi'ndeki Teminat Kapsamı'nı genişletmek ve/veya farklı ürün, network, farklı teminat eklenmesi amacıyla Sigortacı'ya başvurabilir. Sigortacı bu değişiklik talebi ile ilgili olarak yeni başvuru formu isteme, başvuruyu reddetme, şartlı kabul etme (Riziko Ek Primi, limit, katılım vb.) hakkı saklıdır. Yeni eklenen teminatlar için bekleme süresi yeniden başlar.

Ayrıca, Poliçeler güncel olan prim, tarife ve özel şartlar ile yenilenir.

Sigortalı mevcut Poliçe'nin bitiş tarihinden 30 gün önce veya 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (Poliçe) için Sigortacı'ya başvurabilir.

Yenileme tarihinin üzerinden 30 gün veya daha fazla süre geçmişse; Sigortalı için yeni bir sigortalı gibi yeniden başvuru formu düzenlenecek, yeni bir sigortalı gibi sigortaya katılacaktır. Kazanılmış hakları ve kazanmış olduğu Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı geçerli olmayacak, var olan hastalıkları için risk analizi yapılacaktır.

Sigortalı'nın hasar/prim oranından kaynaklanan vb. geçmiş Poliçe'de kazanılmış indirimleri geçerli olmayacaktır.

Sigortacı'nın yeni Poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerinin teminat altına alınmaması, Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca şartlı kabuller ile (limit, Riziko Ek Primi, katılım, bekleme süresi, vb.) teminat altına alınması ve yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır. Sigortalı'nın yenileme sırasında Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1435. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Sigortalının kesintisiz MAPFRE Sigorta AŞ. de, 3 yıl boyunca aynı teminatlarla sigortaya kesintisiz devam etmesi, 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış olması ve son üç yıl Hasar/Prim oranı ortalamasının %80'in altında olması şartıyla grup sağlık sigorta poliçesi sahibi olan sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda, belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilebilecektir.

Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" başvurusu yapan sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi tetkik isteyebilir. Sigortalının sağlık durumuna göre ve yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" talebini ret etme, şartlı kabul etme (limit, riziko ek primi, katılım payı, bekleme süresi vb.) veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış Sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından Sigortalıya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ifadesi her bir sigortalının sertifikasında belirtilir.

Başka bir sigorta şirketinden MAPFRE Sigorta A.Ş. ye geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, istisna, riziko ek primi v.b uygulamaları söz konusu olabilecektir. Ancak alınabilecek riziko ek primi % 200'ü aşmayacaktır.

Önceki şirketteki kazanılmış olan ömür boyu yenileme Garantisi hakkı MAPFRE Sigorta AŞ kriterlerine göre yeniden değerlendirilecek olup, yapılacak risk analizi sonucunda sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilebilecektir.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmiş bir Sigortalı için ömür boyu yenileme garantisinin verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalık durumları nedeniyle Sigortacı'nın, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7 de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve riziko ek primi, istisna, limit gibi yeni bir ek şart, tazminat/prim oranına göre ek prim uygulama hakkı bulunmamaktadır.

Sigortalının teminat kapsamını genişletmek istemesi durumunda, Sigortacı'nın mevcut "Ömür Boyu Yenileme Garantisi"ni yeniden değerlendirme ve yapılacak risk analizine göre limit, katılım payı, istisna, riziko ek primi v.b. uygulama hakkı saklıdır.

Sigortacının ömür boyu yenileme garantisi taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, poliçenin ömür boyu yenileme garantisi hakkını kazandığı tarihteki özel Şartlara tabidir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan sigortalılar için her poliçe döneminde yürürlükteki poliçe özel şartları geçerli olacaktır.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkına sahip olduğu Grup Sağlık Sigortası kapsamında çıkması ve Bireysel bir sağlık poliçesi talebinde bulunması durumunda; Sigortacı, Grup Sağlık Poliçesi'nde yer alan Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildiği/hak ettiği tarihine kadar olan hastalıklar için risk analizi yaparak istisna, riziko ek primi, limit, katılım payı uygulama hakkına sahiptir.

MADDE 10. PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Sigortacı, Grup Sağlık Sigortası primlerini grubun büyüklüğü, geçmiş dönem kullanımı, sigortalıların yaşı/cinsiyeti, sigorta süresi, teminat yapısı, teminat limiti ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Birey bazında primlendirme yerine, gruptaki sigortalı sayısına göre yaş ve cinsiyet dağılımına göre primlendirme yapılabilmektedir. Ayrıca, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde (Türk Tabipler Birliği asgari ücret tarifesi, SUT birimleri ve katsayıları, HUV birimleri ve katsayıları) oluşan değişiklikler, değerlendirmede sağlık enflasyonu olarak baz alınmaktadır. Sağlık Hizmet Tarifesi'nde uygulamaların değişmesi durumunda tekrar değerlendirme yapılır. Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

10.2 Prim Ödemeleri

Sigorta priminin ne şekilde, hangi vade ve tutarlarda ödeneceği, başvuru üzerinde ve/veya prim ödeme formunda belirtilmektedir. Sigortalı, prim ödemelerinin tamamını Sigortacı'nın onayladığı ödeme planı doğrultusunda, aşağıda belirtilen tahsilat seçeneklerinden birini tercih ederek peşin ve/veya taksitli olarak yapabilir.

Poliçe üzerinde yazılı primlerin ilgili vadelerde ödenmesi yükümlülüğü Sigorta Ettiren veya varsa Sigortalı'ya aittir.

a) Kredi Kartı ile Ödeme

Sigortalı, başvuru formunda belirtmiş olduğu ödeme planı bilgilerini Ödeme Bildirim Onay Formu üzerinde tam ve eksiksiz doldurmakla yükümlüdür.

Poliçe üzerindeki primler, ilgili vadelerde kredi kartından tahsil edilir. Hesabın uygun olmaması durumunda Genel Şartlar Madde 8 ve ek madde hükümleri uygulanır.

b) Çek ile Ödeme

Sigortalı / Sigorta Ettiren, Poliçe üzerinde belirtilen prim tutarını ödeme planına göre çek ile yapabilir.

c) Banka Havalesi ile Ödeme

Sigortalı, Poliçe ödeme planında belirtilen prim tutarını (Peşinat için banka dekontunun başvuru ile gönderilmesi şarttır) havale ile yapabilir.

Havale işleminde Sigortalı adı Poliçe numarası mutlaka açıklama bölümüne yazdırılmalıdır. Bu bilgilerin yer almadığı ödemelerin ilgili Sigortalı hesabına aktarılmamasından Sigortacı sorumlu değildir.

MADDE 11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Sigorta Süresi ve Sigortaya Kabul

Sigorta süresi 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Sigorta teminatları başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilip poliçenin düzenlenmesi ve peşinatın ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Sigorta poliçesi, şirketimize ilk girişte 14 günden büyük bebekler ve 64 (dahil) yaşından küçük kişileri sigorta teminatı altına alır. Sigorta Ettirenin 18 yaşından büyük olması şarttır.

Ömür boyu yenileme garantisi almış sigortalıların şirketimizdeki yenilemelerinde yaş limiti yoktur. 0-18 yaş arası çocuklar ise aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile teminat kapsamına alınabilir. Talep edilmesi durumunda, Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş, öğrenim gören (belgelenmesi şartı ile) çocukları 24 yaşına kadar poliçe kapsamında teminat altına alınabilir.

Sigortacı tarafından aksi belirtilmedikçe T.C. sınırları dâhilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilir. Poliçe başlangıcından sonraki sürekli ikamet edilen ülke değişiklikleri en geç bir ay içinde yazılı olarak Sigortacı'ya bildirilmelidir. Sigortacı'nın böyle bir durumun tespiti için pasaport talep etme ve yurtdışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkı saklıdır.

11.2 Başvurular

Sigorta Ettiren / Sigortalı adaylarının ilk ve sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, Sigortalananacak Kişiler' le ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması gerekir. Sigorta Poliçesi için yapılacak her türlü başvuru ve/veya değişiklik taleplerinin yazılı ve ıslak imzalı olması şarttır.

Sigortacı Sigortalı'nın yazılı onayını alarak Sigortalı'yı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Sigortalı'nın Sigortacı'ya sağlık geçmiş bilgilerine erişim yetkisi verdiği durumlarda Sigortalı'nın sağlık durumunun tespiti için Sigortacı tarafından gerekli görülürse hekim görüşü , tetkik v.s talep edilebilir. Bu durumda bahse konu işlemlere ilişkin masraflar Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak Sigortalı'nın sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesine rağmen ilgili kurumlardan gerekli belgelerin temin edilememesi durumunda ihtiyaç duyulabilecek hekim görüşü, tetkik vs. masraflar Sigortalı ve/ veya Sigorta Ettiren tarafından karşılanacaktır.

Sigortalı'nın sağlık geçmiş bilgilerine erişim yetkisi vermediği durumlarda ise ihtiyaç duyulabilecek hekim görüşü, tetkik vs. masraflar Sigortalı ve/ veya Sigorta Ettiren tarafından karşılanacaktır.

Sigortalı, her poliçe yenileme döneminde, Yenileme Taahhüdü almış olsa dahi Sigortacı' ya başvuruda bulunmalıdır.

Grup poliçe kapsamında Sigortalı olan yenileme garantisi almamış olan personelin, sözleşme kapsamından çıktığı tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde, en son Sigorta Poliçesi'ndeki aynı veya daha düşük Teminatlı bir plan seçmesi şartı ile bireysel olarak (Ferdî poliçe) başvuruda bulunması durumunda Sigortacı'nın başvuruyu ret etme ve yapılan risk analizi değerlendirmesine göre standart şartlarla kabul etme veya şartlı kabul (ek prim, limit, katılım vb.) etme hakkı saklıdır. Yeni doğan bebeklerin poliçe kapsamına alınabilmesi için en geç 2 ay içinde başvuru formu doldurulması gerekmektedir. Yeni doğan bebekler doğumdan 14 gün sonra sigorta kapsamına alınırlar.(Madde 11.3 de tanımlanan MAPFRE Sigorta AS. Bebeği hariç)

Poliçe primleri sigorta ettiren ödemeli ise yıl içerisinde, es ve çocuk girişleri sigorta ettirenin belirttiği tarih itibari ile (başvuru formu beyan tarihinden en geç 1 ay geriye dönük) poliçeye dahil edilir.

Poliçe primleri personelin kendisi tarafından ödendiği durumda ise, es ve çocuk girişleri sadece grup poliçesinin yenileme döneminde (yeni doğan bebek ve yeni evlilik durumları harici bildirilmesi durumunda poliçeye dahil edilir.

11.3 MAPFRE Sigorta A.Ş. Bebeği

MAPFRE Sigorta AŞ'de sigortalı olan annenin doğan bebekleri; hastaneden taburcu olduktan sonra 2 ay içinde yeni doğan bebek başvuru formu ve bebeğin hastane epikriz raporu ile birlikte şirketimize başvurulması durumunda risk analizi yapılarak doğum tarihi itibariyle poliçe kapsamına dahil edilecektir. Yapılacak risk değerlendirilmesi sonrası doğuştan sigorta kapsamına alınan bu bebekler "MAPFRE Sigorta Bebeği" olarak adlandırılacak ve bu bebeklere yenileme garantisi değerlendirilmesi yapılacaktır.

Değerlendirme sonucu Yenileme Taahhüdü almaya hak kazanan bu bebeklere "konjenital (doğumsal) hastalıklar için istisna uygulanmayacaktır.

Bu şart bebeğin sağlıklı ve mevcut konjenital (doğumsal) hastalıkları olmaması halinde geçerli olacaktır.

Doğuştan itibaren sağlık sigorta kapsamına alınan bebeğin yeni doğan hastane masrafları ise annelik teminatından karşılanacaktır.

Farklı şirketlerden geçişlerde, "şirket bebeği" olan, doğum tarihi itibariyle sigortalı olmuş, yenileme garantisi mevcut ve bu durumda konjenital rahatsızlıkları teminat kapsamında olan, MAPFRE Sigorta'ya bu şartlarla geçen (kazanılmış haklarıyla geçen) bebekler için, mevcut "konjenital hastalıklar için standart istisna" uygulanmayacaktır. (Söz konusu durum için bebeğin sağlıklı ve mevcut konjenital rahatsızlığı bulunmama ön koşulu vardır.)

11.4 Sigorta Ettiren'in Sorumluluğu

Poliçe'nin iptal edilmesi veya Sigortalı'nın Poliçe kapsamından çıkması halinde, Poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların Sigortacı'ya iade edilmesi sorumluluğu Sigorta Ettiren'e aittir. Evrakların tam olarak teslim edilmemesinden doğacak kayıplar Sigorta Ettiren'e rücu edilir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı başvuru formu ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden ve/veya değerlendirilmesinde etkili olacak bilgileri beyan etmekle yükümlüdür.

Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in beyanı gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 hükümleri uygulanır. Madde 6'ya göre Sigortacı'nın hakları saklı kalmak kaydıyla Sigortalı/Sigorta Ettiren'in beyan etmediği hastalıklarını değerlendirme ve şartlı kabul (kapsam dışı, Riziko Ek Primi vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir.

Sigortacı, Poliçe'nin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarına aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri Sigortalı'dan ve/veya Sigorta Ettiren'den tahsil etme hakkına sahiptir.

MADDE 12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

12.1 Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş İşlemleri

Sigortacı'nın başka bir şirketten geçiş olarak Poliçe yenilemesini yaparken; var ise Ömür Boyu Yenileme Garantisi hükümleri saklı kalmak kaydı ile Sigortalı'dan sağlık bildirimini, ek tetkikler isteme, gerekli gördüğünde doktor muayenesi isteme, teminatlarda kısıtlama ve/veya şartlı kabulde bulunma (limit, Riziko Ek Primi, katılım payı, bekleme süresi vb. uygulama) hakkı vardır. Başka bir şirketten Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı ile geçiş yapan Sigortalı için şirketimizdeki Ömür Boyu Yenileme hükümleri geçerli olacaktır.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki rahatsızlıklar ve/veya ilk sigortalanma tarihinden de önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi başvuru formunda beyan edilmemiş ise kazanılmış hak kapsamında girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir. Kazanılmış haklar, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması ve önceki Poliçesi'nde sahip olduğu hakları kastetmemektedir. Sigortalı'nın, önceki Poliçesi'nin 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.

Kazanılmış hakların verilebilmesi için, Sigortalı'nın ilk sigorta kaydı tarihi esas alınacaktır. Sigortalı'nın ilk kayıt tarihinin korunması için sigorta bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvurması gerekmektedir.

12.2 MAPFRE Sigorta A.Ş. Mevcut Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçiş Uygulamaları

Grup Poliçe kapsamında sigortalı olan yenileme garantisi almamış olan personelin, sözleşme kapsamından çıktığı tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde bireysel olarak (Ferdî Poliçe) başvuruda bulunması durumunda Sigortalı'nın başvuruyu reddetme ve yapılan risk analizi değerlendirmesine göre standart şartlarla kabul etme veya şartlı kabul (riziko ek primi, limit, katılım payı, istisna vb.) etme hakkı saklıdır.

Şirketimizdeki grup Poliçe kapsamında kesintisiz en az 6 ay süre sigortalılığı devam etme koşulu ile ömür boyu yenileme garantisi mevcut olan Sigortalı personelin Grup Sağlık Sigorta Poliçe kapsamında çıkması durumunda (emekli olma, isten çıkarılma veya istifa etme sebebiyle) en geç 30 gün içinde işten çıkış bildirgesi ile birlikte Ferdî Poliçe için başvurması gerekmektedir. Sigortalının daha önce sahip olduğu Grup Sağlık Sigortası ürününe eş değer bir ürün, yoksa en yakın plana haiz bireysel tarifelerden biri ile Poliçesi'nin devamı sağlanabilecektir. Sigortalı, Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş değerlendirmesinde, Grup Sağlık Poliçesi'nde yer alan Ömür Boyu Yenileme Garantisi tarihine kadar olan hastalıklar için risk analizi yaparak istisna, riziko ek primi, limit, katılım payı uygulayabilecektir.

Grup Poliçe kapsamında olan Sigortalı'nın, gruptan çıkışı söz konusu olmadan Ferdî Poliçe için başvurması durumunda, Sigortalı'nın ömür boyu yenileme garantisi mevcut olsun olmasın, Ferdî Poliçe'ye geçişte risk analizi yapılacak ve değerlendirme sonucuna göre başvurunun ret edilmesi, istisna uygulanması veya Riziko Ek Primi uygulaması gibi şartlar uygulanabilecektir.

Sigortalı'nın Annelik Teminatı mevcut olan aktif Grup Poliçesi olup, yeni bir Annelik Teminatı içeren Ferdî Poliçe'de sigortalı olması durumunda Ferdî Poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 12 aylık bekleme süresi geçerli olacaktır.

MADDE 13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 İptaller

Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın Poliçe'nin tanzim tarihinden sonra 30 gün içinde iptal talebinde bulunması halinde; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda Poliçe Başlangıç Tarihi itibarıyla iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz Sigortalı'ya iade edilir.

Sigortalı'nın onayladığı ve 30 gün aşan taleplerde Poliçe Başlangıç Tarihi'nden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortalı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortalı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortalı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri Sigortalı'ya iade eder. Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortalı'nın hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortalı'nın tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortalı ilgili tazminat tutarını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi Sigortalı'ya iade eder.

Sigortalı'ya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortalı'nın hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalı'nın ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortalı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı, muaccel hale gelir.

Sigorta Ettiren, kesin vadeleri ve tutarları Poliçe üzerinde belirtilen primlerinden herhangi birini vade bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim borcunun zamanında ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu Madde 1434 hükümleri uygulanır.

Sigortalı'nın Sigortalı/Sigorta Ettiren'in kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer Sigortalılar adına düzenlenmesi, Sigortalı'nın bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortalı'ya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortalı ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya Poliçe'yi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Vefat Durumu

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın vefatı durumunda ise Sigortalı aşağıda belirtilen durumlara göre işlem yapar.

Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda; Sigorta Ettiren ile Poliçe'de yer alan Sigortalı/Sigortalıların farklı olması ve Sigortalıların Sigorta Ettiren'i değiştirerek Poliçe'yi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortalı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek Poliçe'ye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL ŞARTLAR

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçe'de, Sigorta Ettiren'in vefatı durumunda Poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin Sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden Sigortalı'nın Poliçe'den vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi Poliçe'deki Sigorta Ettiren'e yapılır.

MADDE 14. SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) BİLGİLENDİRME

İşbu Sigorta Poliçesi'ndeki Sigortalılara ait Poliçe ve sağlık bilgileri SAGMER'e (Sigorta Gözetim Merkezi) transfer edilecek olup, SAGMER ve diğer kamu kuruluşlarından Sigortalıların Poliçe ve sağlık bilgileri temin edilebilecektir.

GRUP 3S SAĞLIK SİGORTALARI GENEL ŞARTLAR

Türkiye Sigorta Birliğinin yayınlamış olduğu sağlık sigortası genel şartlarına [buradan ulaşabilirsiniz.](#)