

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

İÇİNDEKİLER

1. SİGORTANIN KONUSU	2
2- TANIMLAR	2
3. TEMİNATLAR	6
3.1. Yatarak Tedavi Teminatı	6
3.1.1. Dahili Yatış Teminatı	7
3.1.2. Cerrahi Yatış Teminatı	7
3.1.3. Oda-Yemek-Refakatçi Teminatı	7
3.1.4. Yoğun Bakım Teminatı	7
3.1.5. Doktor Ücreti	7
3.1.6. Küçük Müdahale Teminatı	8
3.1.7. Ambulans	8
3.1.8. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Teminatı	8
3.1.9. Kaza Sonucu Diş Teminatı:	8
3.1.10. İlaç ve Sarf Malzeme Teminatı:	8
3.1.11. Suni Uzuv/ Protezler	9
3.1.12. Evde Tıbbi Bakım	9
3.1.13. Yardımcı Tıbbi Malzeme	9
3.1.14. Yatış Sonrası Fizik Tedavi	9
3.1.15. Rehabilitasyon Teminatı	9
3.1.16. Acil Tanı Teminatı	9
3.1.17. Robotik Cerrahi Teminatı	10
3.2. Ayakta Tedavi Teminatı	10
3.2.1. Doktor Muayene	10
3.2.2. Reçeteli İlaç	11
3.2.3. Tanı Amaçlı İncelemeler	11
3.2.4. İleri Tanı Amaçlı İncelemeler	11
3.2.5. Seanslı Ayakta Tedavi İşlemleri	11
3.3. Destek Ayakta Tedavi Teminatı	11
3.4. Annelik Teminatı	12
3.4.1. Standart Annelik Teminatı	12
3.4.2. MAPFRE Sigorta A.Ş. Doğum Anlaşmalı Kurumlarında Geçerli Limitsiz Doğum Teminatı	12
3.4.3. Aile Planlaması	12
3.4.4. Bebek Kuvöz Teminatı	13
3.5. Kontrol Mamografi ve Kontrol PSA Teminatı	13
3.6. Check-up Teminatı	13
3.7. Yurt Dışı Tedavi Teminatı	13
4. STANDART BEKLEME SÜRELERİ	14
5. STANDART İSTİSNALAR	14
6. COĞRAFI KAPSAM	17
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	17
7.1. Limit Uygulamaları	17
7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulamaları	18
7.3. Muafiyet Uygulamaları	18
8. TAZMİNAT ÖDEMESİ	18
9. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	20
9.1. Sözleşmenin Yenilenmesi	20
9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	20
10. PRİM TESPİTİ	21
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	21
10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	22
10.3. Prim Ödemeleri	22
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	22
11.1. Sigorta Süresi ve Sigortaya Kabul	22
11.2. Başvurular	23
11.3. MAPFRE SİGORTA A.Ş. Bebeği	23
11.4. Sigorta Ettirenin Sorumluluğu	24
12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	24
12.1. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş İşlemleri	24
12.2. MAPFRE SİGORTA A.Ş.'de Mevcut Grup Poliçesinden Ferdi Poliçeye Geçiş Uygulamaları	25
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	25
13.1. İptaller	25
13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalının Vefat Durumu	25
14. SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) Bilgilendirme	26

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Bu özel şartlar 01.11.2020 itibariyle MAPFRE Sağlık Ferdi 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 sigortalıya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen teminat, limit, katılım oranları ve network kapsamı doğrultusunda iş bu Özel Şartlar ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu, sigortacılık sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

Sigorta teminatı sadece Sigorta Poliçesinde 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.

1. Suda boğulma:

Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar.

2. 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.

3. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga vb. (Kendisinin olayın hazırlayıcısı ya da tarafı olmadığı, kazaen maruz kaldığı durumlarda geçerli)

4. 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.

5. 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.

6. Elektrik çarpması:

Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları.

7. Donma, soğuk çarpması:

Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması.

8. Isı çarpması:

Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

9. 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.

10. Ciddi göz yaralanmaları:

Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kunt travma ya da kimyasal madde teması.

11. 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.

12. Anafilaktik Şok:

Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları.

13. Travma sonucu omurga ve alt-üst ekstremitte kırıkları:

Her türlü kırık, çıkık, burkulma ve alçı giderleri, dikiş atılması

14. 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.

15. Akut solunum problemleri:

Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları.

16. Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur:

Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması gibi durumlar.

17. Ani felçler:

Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi.

18. Ciddi genel durum bozukluğu:

Besin yetersizliği, yetersiz bakım, uzun süren ağır hastalık vb. nedenlerle kişinin sağlığının genel anlamda tehlikeli olabilecek derecede bozulması.

19. Yüksek ateş 39,5 üzeri:

Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konviziya (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi. 39,5°C ve üzeridir.

20. Diabetik ve üremik koma:

Diabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar.

21. Akut batın:

Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, bağırsak tıkanması ya da düşümlenmesi, 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.

22. Akut masif kanamalar:

Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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, infektif 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 kurumlarca belgelendirilir.

ANLAŞMALI KURULUŞ: Sigortacı'nın, poliçe şartlarına uygun olarak, Sigortalı'nın sağlık hizmetlerinden yararlanması için anlaştığı hastane, klinik, laboratuvar, teşhis ve tedavi merkezi, eczane ve doktorlardır. Poliçede Anlaşmalı Kuruluşlarda geçerli olan limit ve teminat yüzdesi belirtilmiştir. Anlaşmalı kurumların belirtildiği listeye www.mapfre.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Bu listenin sürekli güncellenebilme durumu söz konusu olduğu için hizmet alınmadan önce teyit edilmesi gerekmektedir.

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

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

BİTİŞ TARİHİ: Bu Poliçenin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. İş bu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur. Ancak hastanede tedavi görmekte olan bir Sigortalı'nın poliçe bitiş tarihinden 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 ÖNCE DEN VAR OLAN SAĞLIK PROBLEMİ: Bu Poliçe için yapılan başvuru sırasında veya öncesinde, var olan ve bilinen herhangi bir şikâyet, belirti veya hastalığın Sigortacı'ya beyan edilmemesi.

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 kişi.

GENEL ŞARTLAR: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uygulanması zorunlu olan yazılı kurallar.

GEREKSİZ TEDAVİ İŞLEMLERİ: Sigortalı'nın Hastane'ye yatışı gerekmediği halde doktor tarafından planlanan tetkik ve tedavilerinin Hastane'ye yatırılarak yapılmasıdır. Yatışı talep eden doktorun itirazı durumunda tarafsız doktordan görüş alınır.

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 Tabipler Birliği tarafından yayınlanarak Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde mesleğini icra eden doktorların ücretlerini ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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 belirlediği 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 yıl.

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 yıl.

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

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

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

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

MERİYET: Sigorta poliçesinin iptal olması durumunda Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme sonrası poliçenin yeniden yürürlüğe alınması durumudur. İptal tarihi itibarıyla 1 ay içinde başvurulması durumunda meriyet işlemi yapılabilmektedir.

NETWORK (ANLAŞMALI KURUM TİPİ): MAPFRE Sigorta A.Ş. tarafından anlaşmalı sağlık kuruluşlarının gruplanmasını ifade eder. Her poliçe üzerinde geçerli anlaşmalı kurum network tipi belirtilmektedir. İlgili network kapsamı dışındaki kurumlar MAPFRE Anlaşmalı Kurumları olsalar dahi ilgili poliçe için anlaşmalı Kurum olarak değerlendirilir. Anlaşmalı kuruluş listesinde yer alan tüm kurumlar MAPFRE Sigorta A.Ş networkünü oluşturur.

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

RİZIKO EKPRİMİ: 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 sertifikasında sebebi ve oranı ile beraber belirtilir.

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.

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 kişilik.

SİGORTA POLİÇESİ: Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenmiş olup, poliçesine 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 kaşe ve yetkili imzalarını taşıyan sigorta sertifikaları dahil belgelerin tümüdür.

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

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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 kişiler.

SİGORTALIYA ÖZEL İSTİSNALAR: Sigorta Poliçesinde Sigortacı tarafından uygulanması karara bağlanmış Sigortalıya özel şartlı kabuller (ek prim, istisna, katılım vb.) ilgili Sigortalı için uygulanacak olan istisnalar. Sigorta poliçesi ekinde verilen sertifika üzerinde belirtilir.

STANDART İSTİSNALAR: Bütün teminat'lar ve sigortalılar için geçerli olan ve özel şartlarda belirtilmiş genel istisnalar.

TARAFSIZ DOKTOR: MAPFRE Sigorta tarafından belirlenen konusunda uzmanlaşmış objektif tıp kurallarına göre karar veren ve görüş bildiren Tıp Doktorudur.

SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU: Sigortalı'nın Poliçesi'nin geçerlilik döneminde poliçe teminatlarından yararlanabilmesi için Sigortalı'nın başvurduğu doktor tarafından doldurulan form. Anlaşmazlıklarda bu form bulunmadığından Sigortalı hasta bilgi formunu Sigortacı'dan temin ederek yanında bulundurmalıdır. Bu form sağlık giderlerinin değerlendirilmesi için gereklidir.

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

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 ettirilmesi.

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 yıl.

YILLIK TOPLAM LİMİT: Sigortacı'nın bu Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde yıllık olarak belirtilen Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği yıllık azami tutar.

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

MADDE 3. TEMİNATLAR

3.1. Yatarak Tedavi Teminatı

Yatarak Tedavi Teminatı, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; dahili ve/veya cerrahi yatışları, Sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, küçük müdahaleleri, kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz giderleri özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır. Sigortalının **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 gerçekleştirecek doktor tarafından doldurulmuş "özel sağlık sigortası hasta bilgi formu"nun ve tetkik sonuçlarının ilgili kurum tarafından Medikal İşlemler Merkezi'ne iletilmesi gerekmektedir. Sigorta şirketi gerekli incelemeyi yaptıktan sonra tedavi giderlerinin poliçe kapsamında ödenip ödenmeyeceğine karar verir.

Ayrıca Sigortalının sağlık sigortasına sahip olduğu ilk tarihten itibaren ömür boyu hastanede yatış süresi **720 gün** ile sınırlıdır. Bu süreyi aşması durumunda eğer poliçede ömür boyu yenileme garantisi yok ise poliçedeki tüm teminatlar durur ve poliçe yenilenmez. Ömür Boyu yenileme garantisi mevcut olan sigortalılarda ömür boyu hastanede yatış limiti uygulanmaz.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.1.1 Dahili Yatış Teminatı

Sigortalının 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 poliçede belirtilen Rehabilitasyon Teminatı limit ve katılım payı ile değerlendirilir.

3.1.2 Cerrahi Yatış Teminatı

Sigortalının **24 saati** aşan hastaneye yatırılarak yapılacak tıbben gerekliliği ayrıntılı olarak doktor raporunda belirtmesi şartıyla tüm cerrahi müdahaleler, Sigortalının 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (tüm yatış ve Doktor ücreti dahil), HUV TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

3.1.3 Oda-Yemek-Refakatçi Teminatı

Yatarak tedavi gerektiren her vakada, her tam gün için oda-yemek-refakatçi (1 kişi ile sınırlıdır) giderleri poliçede 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.

3.1.4 Yoğun Bakım Teminatı

Yoğun bakım ünitesinde yapılan hizmetler bu teminat kapsamındadır. Yoğun bakım yatış süresi poliçede aksi belirtilmedikçe **90 gün** ile sınırlı olup poliçe süresince toplam **180 günlük** yatış süresi içinde değerlendirilir. Bu sürelerin dolması durumunda poliçede 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 kurumun kadrolu doktoru olması durumunda, doktor ücreti sertifikada belirtilen anlaşmalı kurum limit ve katılım payı oranları ile değerlendirilir. Tedavinin anlaşmalı/anlaşmasız kurumda, anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan) tarafından yapılması halinde doktor ücreti için poliçe sertifikada belirtilen anlaşmasız limit ve katılım oranları uygulanır.

Sigortalının anlaşmasız bir doktor tarafından muayene harici 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 e-fatura, serbest meslek makbuzu/VUK'a uygun düzenlenen POS slibi içinde birlikte yer alamaz; aksi şekilde düzenlenmiş belgeler Sigortacı tarafından işleme alınmayacaktır.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

HUV'un Tarifesi'nde belirtilmeyen veya anlaşmazlığa düşülen işlemlerin Doktor ücretleri için Türk Tabipler Birliği'nin görüşü alınır.

3.1.6 Küçük Müdahale Teminatı

Türk Tabipler Birliği'nin yayınladığı HUV (Hekimlik Uygulamaları Veritabanı) tarifesinde belirtilen ve 199 birime kadar (199 birim dahil) olan küçük müdahaleler ile pansuman, tüm enjeksiyon uygulamaları (ilaç dahil), 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 lokal anestezi veya genel anestezi ile yapılan tüm küçük müdahaleler tedavinin gerekli olduğunu gösterir doktor raporu ile belgelenmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi (MİM) tarafından onaylanması kaydıyla sertifikada belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır.

3.1.7 Ambulans

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

Hava ambulansı Sigortacı tarafından onaylanması 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-yemek-refakatçi, ilaç, venöz port açılması) ve kemoterapi-radyoterapi 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 Intron-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 FDA onaylı ve Türk Eczacılar Birliği tarafından faturalandırılmış olması halinde ilgili masraflar poliçe sertifikasında belirtilen anlaşmalı kurum 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'de belirtildiği üzere Anlaşmasız Doktor Masrafı kadar ödenir.

3.1.9 Kaza Sonucu Diş Teminatı:

Trafik kazası/adli kaza sonucu oluşan diş/çene cerrahisi ile ilgili diş hekimlerince yapılan tedavi giderleri ve dişlerin yerine konulması (resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartı ile) cerrahi yatış teminatından ödenir.

3.1.10 İlaç ve Sarf Malzeme Teminatı:

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

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.1.11. Suni Uzun/ 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 uzun (göz, el, kol, bacak) giderleri sertifikada 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 uzun teminatından poliçede belirtilen limit, özel ve genel şartlar doğrultusunda ödenir.

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

3.1.12 Evde Tıbbi Bakım

Sigortalı'nın Evde Tıbbi Bakım teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomi, sık orotrekeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN/IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatör'e bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağır 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 sertifikada belirtilen teminat, limit ve katılım oranları doğrultusunda aksi belirtilmedikçe poliçe süresince 90 günle sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. İlgili gün limiti, poliçedeki 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 sigortalıya 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 değneğinden ibaret tıbbi malzemeler, aerochamber ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede 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 sonrasındaki 3 ay içinde yapılması şartı ile sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylanması halinde; ilgili fizik tedavi masrafları poliçe sertifikasında 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 sigortalının yatış endikasyonu ile yatarak fizik tedavisi gerektiğinde devreye girmektedir. Teminat kapsamında bir rahatsızlığa ilişkin tıbben yatarak gerçekleştirilmesi zorunlu olan rehabilitasyon giderleri sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve MAPFRE Sigorta Medikal İşlemler Merkezi'nin onaylanması halinde; poliçe sertifikasında 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

Sigortalının hastaneye başvurmasına neden olan acil sağlık durumunun muayenesi ve ilk teşhisine yönelik giderler %80'li olarak bu teminat kapsamındadır.

Sağlık kurumlarının acil servislerinde yapılsa dahi, müdahale gerektirmeyen tanı ve muayene işlemleri ayakta tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.1.17 Robotik Cerrahi Teminatı

Tedavinin doktor tarafından uygun görülen Robotik Cerrahi yöntemi ile [Da Vinci gibi] yapılması durumunda ilgili masraflar sertifikada 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, yemek masrafları, operatör doktor ücreti vb.) bu teminat limit ve katılım payı oranları ile ödenmektedir.

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

3.2. Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta Tedavi Teminatı poliçede 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 sertifikada 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 kurumu dışında yapılması söz konusu olan muayene, tetkik ve tedavi işlemleri sadece MAPFRE Sigorta Medikal İşlem Merkezi'nin (MİM) onaylanması halinde sertifikada 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 muayene giderleri poliçede 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, sertifikada belirtilen teminat limitleri dahilinde %100'lü olarak özel şartlar dikkate alınarak değerlendirilecektir.

Anlaşmalı kurumlarda kadrolu/kadro dışı geçici zamanlı çalışmayan doktorları tarafından yapılan muayeneye ait giderler her halükârda Sigortalı tarafından ödenecek ve Sigortacı'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/kurumlara ait faturalar için MAPFRE Sigorta'nın az ödeme ya da ödeme yapmama hakkı saklıdır.

Ayakta tedavi kapsamındaki poliçelerimizde anlaşmasız doktor tercih etmeniz durumunda MAPFRE Sigorta Müşteri Hizmetlerine ve sigortalı bilgi platformumuza ulaşarak ilgili doktorun geçerliliği teyit edilmelidir.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.2.2. Reçeteli İlaç

Ayakta tedavi kapsamında doktor reçetesi ile belgelenen ilaçlar, koruyucu aşı giderleri (kuduz, tetanoz, grip ile 0-6 yaş çocuklar için; Sağlık Bakanlığı aşı takvimine ek olarak rotavirüs, meningokok), bu teminat kapsamında değerlendirilir, poliçede 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 iş** gününde ilaç alımının yapılması gerekmektedir. **7 iş** gününden sonra alınan ilaçlar MAPFRE Sigorta A.Ş. tarafından ödenmeyecektir.

Kronik hastalıklar için ilaç kullanımı gerektiğinde, sigortalının rahatsızlığının, rahatsızlığın öyküsünün ve planlanan tedavisinin yer aldığı hekim raporu ile birlikte sigortacıya başvurması gerekir. Kronik ilaç kullanımının onaylanması halinde sigortalının poliçe dönemi içerisindeki tedavi süresince, gerekli ilaçlar için anlaşmalı eczaneye "ilk doktor raporu ve/veya reçete fotokopisi" ile başvurması yeterli olacaktır. Tedavi süresince talep edilen onaylanan ilaçlar kasa fişi/fatura ibraz edilmesi halinde poliçede belirtilen iştirak oranı ve limit dâhilinde ödenir.

3.2.3. Tanı Amaçlı İncelemeler

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

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, nükleer tıp ve sintigrafiler (talyum vb.), endoskopik işlemler [gastroskopi, kolonoskopi (biopsi dahil), bronkoskopi vb.], anjiyografiler (koroner anjiyografi hariç), biopsiler, ürodinami giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi ve doktor ücretleri, tanı işlemine ilişkin diğer giderler poliçede 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, PRP (Platelet Rich Plasma) vb. giderleri poliçede belirtilen limit, teminat yüzdesi ile özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

3.3. Destek Ayakta Tedavi Teminatı

Destek Ayakta Tedavi teminatı poliçede 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 Sertifikada 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.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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 teminat 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. MAPFRE Sigorta A.Ş. Doğum Anlaşmalı Kurumlarında Geçerli Limitsiz Doğum Teminatı

Şirketin belirlediği yatarak tedavi teminatları çerçevesinde; sadece MAPFRE Sigorta A.Ş.'nin limitsiz doğum anlaşmasının bulunduğu kuruluşlarda geçerli olacak şekilde sadece doğum eylemine (normal-sezaryen doğum) ait masraflar ve söz konusu alınacak standart ek prim ile ferdi poliçelerde limitsiz ve %100 ödenecektir.

İlgili ek prim sadece bir doğum için alınacak olup, doğum gerçekleşene kadar sigortalının kesintisiz devam eden poliçesinde limitsiz doğum hakkı devam edecektir. Bu ek prim her doğum eylemi için sadece bir kez alınacaktır.

Belirlenen bu kuruluşlarda doğum eylemini gerçekleştiren doktorun ilgili kuruluşun kadrolu hekimi olmaması durumunda (MAPFRE ile anlaşmalı doktor/kurum olsa dahi) ödenecek doktor ücreti (operatör, asistan, anestezi), azami HUV Tarifesinde belirtilen ücret kadar ödenecektir. Bu tutarı aşan kısım ödenmeyecektir.

Doğum belirlenen bu kuruluşlarda gerçekleşecek olsa dahi, doğum eyleminden önce ve sonra oluşabilecek hamilelik ile ilgili her türlü durum poliçe teminatları dahilinde ise Standart Annelik Teminat limiti dâhilinde karşılanacaktır.

Yeni doğan bebek masrafları limitsiz doğum paketi kapsamında olup, ikiz gebeliklerde diğer bebeğe ait ilk bakım masrafları standart annelik teminatı dahilinde değerlendirilir.

Gebelik ile ilgili rutin kontrol masrafları Sigortalı'nın ayakta tedavi teminatının mevcut olması durumunda standart annelik teminat limiti dahilinde değerlendirilecektir (Destek ayakta tedavi bu kapsamda değerlendirilmez).

Annelik teminatına sahip olmayan poliçeler için ilgili teminat verilemez. Annelik teminat bekleme süresi bu teminat için de geçerlidir.

3.4.3. Aile Planlaması

Sık tekrarlanmayan aile planlaması yöntemleri (kısırlaştırma, tüp ligasyonu, vasktom, spiral uygulamaları, vb.) poliçe ve sertifikada 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 sürelerini aşması gerekmektedir.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

3.4.4. Bebek Kuvöz Teminatı

Annelik teminatı dahil olan bir planda en az **1 yıl** MAPFRE Sigorta'da sigortalı olup, bekleme süresini dolduran annenin yeni doğan bebeğinin (miadından önce doğmuş olsa bile) ortaya çıkabilecek hastalıklarının (respiratuar distress sendromu, tüm kanama bozuklukları ve apneler, hipoglisemi ve hiperglisemi, konvülsiyonlar, prematüre retinopatisi, asfiksi ve sepsis tedavileri vb. ile belirtilen hastalıklar nedeniyle oluşacak kuvöz masrafları) tedavi masrafları poliçe sertifikasında belirtilen Bebek Kuvöz teminat limit, katılım yüzdesi dahilinde ödenmektedir. Annelik bekleme süresini doldurmamış sigortalılar için bu teminat geçersizdir.

3.5. Kontrol Mamografi ve Kontrol PSA Teminatı

40 yaş ve üstü yaşlardaki kadın sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları mamografi masrafları, 40 yaş ve üstü yaşlardaki erkek sigortalıların kontrol amaçlı olarak yaptırdıkları PSA tetkik masrafları, şirketimizin check-up anlaşmalı kurumlarında yaptırmaları koşulu ile poliçede 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 kurumların 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.

3.6. Check-up Teminatı

Sigortalının poliçesinde geçerli olan Anlaşmalı Kurum tipine bakılmaksızın Şirketimizin check-up teminatı için oluşturduğu anlaşmalı kurumlarda yapılması koşulu ile yılda bir kez ve %100 olarak ödenir. Poliçe kapsamında geçerli olan check-up paketi ve check-up anlaşmalı kurumların detaylarına www.mapfre.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Diğer anlaşmalı/anlaşmasız sağlık kuruluşlarında yaptırılan aynı veya diğer tetkik masrafları bu teminat kapsamında değerlendirilmeyecektir.

3.7. 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 içi Yatarak Tedavi teminatında tanımlanan durumlar geçerli olacak şekilde) Sertifikada 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 (Yurtiçi Ayakta Tedavi teminatında tanımlanan durumlar geçerli olacak şekilde) değerlendirilen tedavi harcamaları, Sertifikada 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 Teminat'ları poliçede 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 Poliçesinin Bitiş Tarihi'nden önce Türkiye gümrüğünden giriş yapmasının ardından Teminat'ları 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 de 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

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

olmaması durumunda ABD/USD karşılığı çapraz kuru üzerinden karşılığı TL olarak hesaplanır ve sertifikada belirtilen limit, katılım ve teminat yüzdesi doğrultusunda, özel ve genel şartlara uygun olarak Sigortalıya 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 belgelemesini 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 Sigortalı'nın Kayıt Tarihi'nden itibaren tüm teminatlarda adli bir kaza sonucu oluşmadığı takdirde ilgili bekleme süreleri boyunca Teminat Kapsamı 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 Sigortalı'lar için aşağıda sayılan standart Bekleme Süreleri uygulanmaz ve Teminat'a dâhil olur.

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 sinüs (kist dermoid sakral),
3. Tonsillektomi, adenoid vegetasyon cerrahisi, uvuloplasti, uyku apne cerrahisi, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi,
4. Benign (iyi huylu) her türlü tümör, yer kaplayan lezyon, nevüs biyopsi ve eksizyonları, polipler ve hiperplaziler vb.
5. Tiroid ve paratiroid hastalıkları,
6. Rahim ağzı, rahim, yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve operasyonlar, endometriozis, sistorektosel
7. Hidrosel, spermatosel, 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 biyopsi ve 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 (diabet) hastalığı, demiyelinizan hastalıklar, myastenia gravis, sarkoidoz, nefrit ve tüm romatizmal hastalıklar, 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. Bu maddede belirtilen hastalıklar kapsam dışı olup, Sigortalı'nın şirketimizdeki sigortalılık döneminin kesintisiz en az 3 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması veya MAPFRE Bebeği olarak sigortalı olması halinde istisnalar uygulanmayacaktır;
 - a. Poliçe başlangıç tarihinden 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 masrafları (Bebek Kuvöz Ek Teminatı alınmadıysa istisnadır.)
 - b. Skolyoz, pes planus, halluks valgus/rijitus için yapılacak tetkik ve tedaviler ile ilgili harcamalar,

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

c. Yaşlılıktan ileri gelen bunama ile Alzheimer, Parkinson, Sara (Epilepsi) ve bu rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan Antipsikotik, Anksiyolitik, Antikonvülzan ve tüm Psikotrop ilaçlar

d. Nazal septum ve konka için yapılacak operasyonlar

- Septum ve Konka operasyonları poliçede geçerli olan Anlaşmalı Kurum Tipi'ne bakılmaksızın sadece Sigortalı'nın KBB Network adı ile özel olarak belirlemiş olduğu anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.
- Sigortalı'nın tedavisi Anlaşmalı Kurumda anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici tam zamanlı çalışmayan MAPFRE Sigorta ile anlaşmalı doktor/kurum olsa dahi) tarafından yapılması halinde doktor ücreti azami HUV Tarifesi'nde belirtilen ücret kadar ödenecektir.
- Ancak bu operasyonlar Sigortalı'nın Şirketimizdeki kesintisiz devam eden sigortalılık döneminin en az 5 yılını tamamlamış ve Sigortalı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması durumunda, ilgili operasyonlar poliçede geçerli olan anlaşmalı tüm kurumlarda geçerlidir. Sigortalı'nın tedavisi Anlaşmalı Kurumda anlaşmasız doktor (kadrolu veya kadro dışı geçici tam zamanlı çalışmayan MAPFRE Sigorta ile anlaşmalı doktor/kurum olsa dahi) tarafından yapılması halinde doktor ücreti anlaşmasız doktor teminatında belirtilen ücret kadar ödenecektir.

2. Sigortalı'nın şirketimizdeki sigortalılık döneminin kesintisiz en az 5 yılını tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olması veya MAPFRE Bebeği olarak sigortalı olması halinde poliçe başlangıç tarihinden önce var olmayan şaşılık, otoskleroz, keratokonus, pitozis ile ilgili tedaviler istisna olarak değerlendirilmeyecek olup, sadece C Network kapsamındaki kurumlarda geçerli olacaktır. İlgili hastalıklar için endikasyon şartı olup, söz konusu değerlendirme Medikal İşlemler Merkezi tarafından yapılacaktır. Şirketimizde 5 yılını tamamlamamış sigortalılar için bu rahatsızlıklar kapsam dışındadır.

3. Annelik bekleme süresi doldurulmamış ve annelik teminatı olmayan bir plana sahip olan sigortalının yeni doğan bebeğinin prematüre bebek masrafları,

4. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar ve bu hastalıkların nüks ve komplikasyonları dâhil (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun olmasın) her türlü sağlık gideri,

5. Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler,

6. Yapı bozuklukları, 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,

7. Psikiyatrik tedavi gerektiren ruh hastalıkları ve psikolojik rahatsızlıklar, nöropsikiyatrik testler, tetkik tedavi, her türlü psikoterapiler,

8. Ehliyetsiz araç kullanımı nedeniyle oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler (ehliyet, sigortalının kullandığı aracın sınıfına uygundur),

9. Alkolizm, alkol (promil seviyesine bakılmaksızın), uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve bu maddelerin kullanımı sonrası oluşabilecek her türlü rahatsızlık ve oluşan kazalara ait giderler,

10. 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 uçma, ata binme, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar 10.000 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.

11. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropratik tedaviler, ayurveda, kaplıca ve içmece tedavileri vs.) anti-aging uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı ruhsatı olmaksızın çalışan merkezler ile, kaplıca ve termal merkezleri senatoryum, huzurevi, bakımevi preventoryum ve rehabilitasyon merkezlerince yapılan tedaviler,

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

12. Bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) kurumu tarafından onaylanmamış ilaç ve malzemeler ile ilgili tüm giderler
13. HUV'da (Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı) karşılığı olmayan işlem/ tedaviler,
14. Estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayene, tetkik ve tedavi giderleri, Tıp Doktoru olmayan kişiler, diş hekimleri veya Sağlık Bakanlığı çalışma ruhsatı bulunmayan merkezler ve sağlıklı yaşam merkezleri, yaşam koçluğu merkezleri, ayak sağlığı merkezleri tarafından yapılan tüm işlemler,
15. Adli bir kaza sonucu oluşmadıkça nazal valv cerrahisi ile ilgili giderler,
16. Spor öncesi, evlilik öncesi, işe başlama öncesi gibi nedenlerle ilgili yapılan harcamalar,
17. Sigortalının 1. derece akrabaları tarafından kesilen faturalar,
18. Tarama amaçlı yapılan Koroner arter kalsiyum skrolama, Koroner VCT Anjio, EBT (elektron Beam Tomografi) gibi tetkikler, sanal anjio ve sanal kolonoskopi ile ilgili giderler,
19. Laboratuvar ruhsatı olmayan kurumlardan gelen tahlil giderleri,
20. Sigortalının özel istisnasının kaldırılmasına yönelik yapılan tüm harcamalar,
21. 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.),
22. Poliçenin 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, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, terlemeyi önleyen ve bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, burun estetiği, sivilce (akne), saç dökülmesi (tanı ve tedavisi, alopesi areata hariç), her türlü meme küçültme ve büyütme ameliyatı ile ilgili giderler,
23. Kilo, iştah bozukluklarına ilişkin zayıflama ve kilo alma programları, tanı veya tedavileri, cerrahisi ile ilgili harcamalar, horlama (uyku apnesi hariç) tedavisi,
24. Dengeli beslenme diyet-egzersiz programları uygulayan sağlık merkezi ve/veya hekimlerin uzmanlık alanına bakılmaksızın her türlü muayene tetkik ve tedavi giderleri,
25. İşitme kusuru cerrahisi (tüp takılması, timpanoplasti, kronik otit sekeli vb.hariç) ve tüm bunlarla ilgili yapılan tetkik ve tedavi işlemleri, ses ve konuşma terapileri,
26. 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fitik işlemleri ile ilgili giderleri (MAPFRE Sigorta bebeklerinde uygulanmayacaktır),
27. 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,
28. Gözde kırılma kusurları için (miyop vb.) yapılan tedavi giderleri, gözlük-lens, lens solüsyonu, görme tembelliği, toric ve multifocal lensler için yapılan her türlü teşhis, tetkik ve tedavi masrafları, MAPFRE bebekleri hariç olmak üzere göz kaymaları,
29. İlaç olarak kabul edilmeyen ürünler, 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,

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

- 30.** 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),
- 31.** Alerji için yapılacak aşılar, alerji testleri, deri prick testi, gıda intolerans testleri, her türlü immünoterapiler (metabolik ve oto-immun hastalıkların tedavisi için yapılanlar hariç),
- 32.** 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,
- 33.** Kısırlıkla ilgili olsun ya da olmasın varikosel giderleri (18 yaş altı varikosel hariç),
- 34.** Cinsiyet değiştirme operasyonları, iktidarsızlık, peyroni, penil kordi, vajinismus, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve Madde 3.4.3 kapsamına girmeyen doğum kontrol yöntemleri (hap, kondom vb.) giderleri,
- 35.** Bulaşma yoluna bakılmaksızın sifiliz, anogenital kondilomlar, HIV, AIDS ve bunlarla ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri,
- 36.** Tıbbi gereği olsa dahi sünnet ve fimozis ile ilgili tüm harcamalar,
- 37.** Yüzeysel varis tedavisi için uygulanan skleroterapi, lazer, ışın, masaj, çorap vs. gibi ile ilgili giderler,
- 38.** Organ, doku ve kan naklinde verici ile ilgili masraflar,
- 39.** Kordon kanı ve kök hücre alınması ve saklanması ile ilgili giderler,
- 40.** Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar ve kötü niyetle başlatılmış salgın hastalıklar,
- 41.** Hastalığa karşı koruyucu her türlü işlem ile kuduz, tetanoz, grip ile 0-6 yaş çocuklar için Sağlık Bakanlığı aşı takvimine ek olarak rotavirüs, meningokok haricindeki tüm aşılar (aşı öncesi veya sonrası yapılan tetkikler ile aşı uygulama bedelleri dahil),
- 42.** 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98/2 maddesi gereğince, sigortalıların ödemek ile yükümlü oldukları katılım payları ödenmez.
- 43.** 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,
- 44.** Muayenehane hekimi tarafından yapılan tetkikler (Sağlık Bakanlığı onayı olan temel laboratuvar tetkikleri hariç)

MADDE 6. COĞRAFİ KAPSAM

Türkiye sınırlarında ikamet eden kişiler için geçerlidir. Poliçede 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 Sertifika'da, hastalık başına ve/veya teminata göre değişebilen limitler belirtilmiş olup, bu limitler üzerinden ilgili teminata ait varsa katılım payı düşülerek işlem

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

yapılmaktadır. İlgili limitlerden önce talep edilen tazminat tutarı sonra varsa teminata ilişkin katılım payı düşülerek ödenecek tazminat tutarı belirlenir. Ancak bu tutar her halükarda ilgili işlemin geçerli olacağı ana teminatın limitini geçemez.

Yıllık Yatarak Tedavi Toplam Gün Limiti: Sigortalı'nın bir poliçe döneminde Hastane'de yatacağı toplam gün sayısı **180 gün** 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 gün** olup, sigortalının poliçesini 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 Sigortalının tüm Teminat'ları, limitin dolduğu gün kendiliğinden sona erer. Yaşam boyu gün limitinin (720 gün) aşılması durumunda, Sigortacı'nın poliçeyi yenilememe hakkı vardır.

Ömür boyu yenileme garantisine 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 Poliçesinin Bitiş Tarihi'nden sonraki bir tarihe kadar süren hastane tedavilerinin masrafları, sigorta süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşme yapılmaması durumunda, Sigorta poliçesinin Bitiş Tarihi'nden itibaren **10. güne** kadar Teminat altındadır. Sigorta poliçesinin iptali veya Sigortalı'nın Sigorta poliçesi Teminat'larından çıkartılması ya da Teminat planının 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 Şartlar'ında belirtilen Teminat'ların kapsamındaki sağlık harcamalarının poliçede belirtilen teminat yüzdesi, limit ve muafiyetler dikkate alınarak Sigortacı'nın ödeyeceği kısım Kabul Edilebilir Tazminat olarak belirlenir. Poliçede belirtilen teminat yüzdesinden arta kalan katılım payı ise Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

7.3. Muafiyet Uygulamaları

Sigorta Poliçesi ekinde verilen Sertifika'da teminata göre değişebilen, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olmadığı yıllık toplam limit tutarıdır.

Sadece Yatarak veya Yatarak ve Ayakta Tedavi alınmış bir poliçede, sağlık harcamalarına ilişkin ödemenin başlayabilmesi için; faturanın değerlendirileceği teminattan (Yatarak, Ayakta ve/veya Annelik) öncelikle muafiyet tutarı düşülür ve muafiyet tutarını aşan kısmı poliçede 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 gerçekleşmeyen işlemler için yeniden provizyon alınması şarttır. **7 gün** içinde işlemi yapılmayan ve yeniden provizyon onayı alınmayan işlemler için MAPFRE Sigorta A.Ş.'nin reddetme hakkı saklıdır.

Anlaşmalı Kurumlarda yapılmış giderler dışında anlaşmasız kurumlarda Sigortalı tarafından yapılmış ödemeler ile ilgili sağlık giderlerini gösterir fatura asılları ve gerekli diğer evrakın (doktor raporu, tetkik sonuçları vb.) eksiksiz Sigortacı'ya ulaştırılması karşılığında **5 işgünü** içinde ödenir.

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 Poliçede, sağlık harcamalarına ilişkin ödemenin başlayabilmesi için; faturanın hangi teminattan (yatarak, ayakta ve/veya Annelik) geldiğine bakılmaksızın

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

öncelikle muafiyet tutarı düşülür ve muafiyet tutarını aşan kısmı poliçede 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 poliçenin sona ermesi ve yenilenmemesi durumunda, poliçenin sona ermesinden sonraki 10 günlük tedavi giderleri Sigortacı tarafından ödenir.

Yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilen, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve devlete bağlı üniversite hastanelerinden gelen faturalar anlaşmalı kurum katılım ve limitleri dahilinde değerlendirilecektir.

Sigortalının 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 Sigortacıya 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 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 laparoskopik/artroskopik/endoskopik ameliyat kasetleri.

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 kurumlara ait faturalar için az ödeme ya da ödeme yapmama hakkı saklıdır. Lütfen poliçelerimizde anlaşmasız doktor tercih etmeniz durumunda sigortalı bilgi platformumuzdan, **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 smi ve fiyatlarının bulunduğu ilaç küpür ve barkodları,
- 4- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu.

Tanı ve İleri Tanı Amaçlı İncelemerde;

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

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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,
- 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 şartlarına karar verir.

Sigortacının 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 yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece bu şartlı kabuller geçerli olacaktır.

Sigorta Ettiren yenileme sırasında Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olsa bile Sigorta Poliçesindeki 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 (ek prim, 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 poliçenin 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. Sigortalının hasar/prim oranından kaynaklanan vb. geçmiş poliçede 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, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) teminat altına alınması ve yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır.

Sigortalının yenileme sırasında Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 ve Türk Ticaret Kanununun 1435. maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Sigortalının kesintisiz MAPFRE Sigorta A.Ş.'de, **3 yıl** boyunca aynı üründe sigortaya devam etmesi ve son üç yıl Hasar/Prim oranı ortalamasının %80'in altında olması şartıyla Sağlık poliçesi sahibi olan sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda medikal açıdan uygun olanlarına belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilebilecektir.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" değerlendirmesi yapabilmek için Sigortalı'dan güncel sağlık durumunu içeren başvuru formu, ihtiyaç duyarsa tıbbi raporlarını talep edebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, istisna, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

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, ek prim vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir. Ancak alınabilecek hastalık ek primi %200'ü aşmayacaktır.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı MAPFRE Sigorta A.Ş. kriterlerine göre yeniden değerlendirilecek olup, yapılacak risk analizi çerçevesinde sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortacı'nın mevcut özel şartları ile devam ettirilebilecektir.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmiş bir Sigortalı için 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 ekprim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama, tazminat/prim oranına göre ekprim uygulama hakkı bulunmamaktadır.

Bu dönemde sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı yeni eklenecek veya değiştirilecek teminat için tekrar risk analizi yaparak limit, katılım payı, istisna, ek prim vb. şartlar uygulayabilecektir. Ayrıca Sigortacı'nın ilgili talebi reddetme hakkı saklıdır.

Sigortacı'nın 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.

Ancak 23.04.2014 tarihinden önce ilk defa sigortalanmış, yenileme garantisine hak kazanmış veya henüz kazanmamış sigortalıların yenileme garantisi "Yeniden Risk Değerlendirmesi Yapılmaksızın Yenileme Taahhüdü verilmiştir" adı altında verilmeye devam edecektir. Bu sigortalılar için 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 ekprim, istisna, limit, katılım payı gibi yeni bir ek şart uygulama hakkı bulunmamaktadır. Ancak bu sigortalılar için tazminat/prim oranına göre bilgilendirme formu ve özel şartlarda belirtilen ekprim uygulaması devam edecektir.

İlgili maddede açıklanan yenileme garantisi değerlendirme kriterleri bu sigortalılar içinde aynı şekilde uygulanacaktır.

MADDE .10 PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Sigortacının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca sağlık riski seçilen plan, teminatlar, Sigortalı'nın yaşı ve cinsiyeti, sağlık enflasyonu, tazminat prim oranı dikkate alınarak Sigortalı adayının primleri hesaplanır. Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamında eş, çocuk eklemesi ya da Sigortalının plan değişikliği talebinde bulunması durumunda Sigortacı'nın ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla talep tarihinde yürürlükte olan primler üzerinden işleme alınır. Poliçe kapsamındaki Sigortalıların primleri ve vadeleri poliçe ön yüzünde; teminatları, limit, katılım vb. plan bilgileri sertifika tablosunda belirtilmiştir.

Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş (başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün/ay/yıl olarak hesaplanması) baz alınarak hesaplanır.

23.04.2014 tarihinden sonra ilk defa sigortalanmış ömür boyu yenileme garantisi sahibi sigortalılarımızın aktüeryal olarak hesaplayacağımız tarife baz primleri, poliçelerinin yenileme döneminde azami %50 oranında

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

artacaktır. Azami artış oranı olan **%50**, Türk Tabipler Birliği Ücret Tarifesi , enflasyon ve sağlık kurumlarının şirketimize uygulayacağı cari fiyat artışına göre değişiklik gösterecektir.

Teminat kapsamında olması şartlı ile MAPFRE Sigorta A.Ş.'den talep edilmeyen ya da sevk ile SGK tarafından ödenen tutarın **%25**'i yenileme döneminde poliçe priminden düşülecektir. (Ayakta tedavi için geçerli değildir.) Ancak, sigortalı tarife primine yapılan tüm indirimler toplamı sigortalının priminin %50'sini aşmamalıdır.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Tazminat / Prim oranına göre uygulanacak indirim ve ekprimler;

Sigortalı için "ödenen tazminat / net prim oranı"	Toplam sigortalı primine uygulanacak olan indirim oranı
%0	%30
%1-25	%20
%26-50	%15
%51-100	% 0

Sigortalı için "ödenen tazminat / net prim oranı"	Toplam sigortalı primine uygulanacak ek prim oranı
%101- %150	%50 ye kadar
%151- %200	%75 e kadar
%201 -%300	%100 e kadar
%301 ve üstü	%200 e kadar

10.3 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 tahsilât 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.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Sigorta poliçesi, şirketimize ilk girişte **14 günden büyük bebekler** ve **60 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.

0-12 yaş arası çocuklar ise aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile aynı üründen 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. 14 günden büyük, **12 yaşından** küçük çocuklar sadece anne veya babanın sigortalı olduğu ürün kapsamında sigortalanabilirler.

12-18 yaş arası çocuklar ise sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalanabilecektir.

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, Sigortalanacak 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. Başvuru formu üzerinde herhangi bir düzeltme, karalama kabul edilmemektedir.

Sigortalı'nın Sigortacı'ya sağlık geçmiş bilgilerine erişim yetkisi verdiği durumlarda Sigortalı'nın sağlık durumunun tespiti için Sigortacı tarafından gerekli görülürse hekim görüşü, tetkik vs. 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.

Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacı'nın yenileme garantisi almamış sigortalılarda başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, istisna, katılım payı, bekleme süresi, vb.) uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır.

11.3 MAPFRE SİGORTA A.Ş. Bebeği

MAPFRE Sigorta A.Ş.'de 3S Sağlık sigortası ürününe sahip olan annenin doğan bebekleri hastaneden taburcu olduktan sonra en geç 2 ay içinde yeni doğan bebek başvuru formu ve bebeğin hastane epikriz raporu ile birlikte şirketimize başvurulması durumunda risk analizi yapılarak doğum tarihi itibarıyla anne ile aynı üründen poliçe kapsamına dahil edilebilecektir. Yapılacak risk değerlendirilmesi sonrası doğuştan sigorta kapsamına alınan bu bebekler "MAPFRE Sigorta Bebeği" olarak adlandırılarak, bu bebeklere ömür boyu yenileme garantisi verilebilecektir. Değerlendirme sonucu ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanan bu bebeklere "konjenital (doğumsal) hastalıklar için geçerli olan 3 yıl bekleme süresi şartı" uygulanmayacaktır. Bu şart bebeğin sağlıklı ve mevcut konjenital (doğumsal) hastalıklarının olmaması halinde geçerli olacaktır.

MAPFRE Sigorta Bebeği tanımı mevcut bir bebeğin mevcut rahatsızlığının tazminat aşamasında başvuru formunda beyan edilmediğinin tespit edilmesi durumunda ilgili hastalıklar için istisna uygulanabilecek olup, bu bebekler MAPFRE Sigorta Bebeği ve ömür boyu yenileme garantisi hakkını kaybedebileceklerdir.

Bebeğin sigorta kapsamına alınması için yapılan risk değerlendirilmesi sırasında, MAPFRE Sigorta Bebeği tanımına uygun olmayan bebeklere istisna uygulanabilecek veya sigorta kapsamına alınması mümkün olmayabilecektir.

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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

Farklı şirketlerden geçişlerde, "şirket bebeği" olan, doğum tarihi itibarıyla sigortalanan, yenileme garantisi mevcut ve bu durumda konjenital rahatsızlıkları teminat kapsamında olan ve yapılan risk analiz sonucunda MAPFRE Sigorta'ya bu şartlarla geçişi kabul edilen (kazanılmış haklarıyla geçen) bebekler için, sonradan ortaya çıkan konjenital hastalıklar için standart istisna uygulanmayacaktır (Söz konusu durum için bebeğin sağlıklı ve mevcut konjenital rahatsızlığı bulunmama ön koşulu vardır).

MAPFRE Bebeği hakkına sahip olan sigortalının poliçesinin kesintisiz olarak devam etmesi halinde bu hakkı saklı kalacaktır. Sigortalının MAPFRE Bebeği uygulaması olmayan bir ürüne geçmesi durumunda bu hakkı geçersiz kalacaktır. Başka üründen sigortalanan annenin yeni doğan bebekleri MAPFRE Sigorta A.Ş. Bebeği olamaz. MAPFRE Sigorta A.Ş. Bebeği kriterlerine uymayan bebeğin sigorta kapsamına alınması başvuru tarihi itibarıyla mümkün olup, bu tarih en erken doğum tarihinden itibaren 14. gün olabilir.

11.4. Sigorta Ettirenin Sorumluluğu

Poliçenin iptal edilmesi veya Sigortalı'nın poliçe kapsamından çıkması halinde, poliçe kapsamı dışında kalan bu kişiler adına düzenlenmiş evrakların Sigortacı'ya iade edilmesi sorumluluğu Sigorta Ettiren'e aittir. Evrakların 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, ek prim vb.) teminat kapsamına alma hakkına sahiptir.

Sigortacı, poliçenin Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarına aykırı olan giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri Sigortalıdan 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 kabullerde bulunma (limit, ek prim, 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.

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 kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

Kazanılmış haklar, özel şartlardaki bekleme sürelerinin kaldırılması ve önceki poliçesinde sahip olduğu hakları kastetmektedir. 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.

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

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

12.2 MAPFRE SİGORTA A.Ş.'de 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, en son Sigorta Poliçesi'ndeki aynı veya daha düşük Teminat'lı bir plan seçmesi şartı ile bireysel olarak (Ferdi poliçe) başvuruda bulunması durumunda Sigortacı'nın başvuruyu reddetme ve yapılan risk analizi değerlendirmesine göre standart şartlarla kabul etme veya şartlı kabul (ek prim, limit, katılım payı, istisna vb.) etme hakkı saklıdır.

Şirketimizdeki grup poliçe kapsamında kesintisiz en az **6 ay** süre sigortalılığı devam etme koşulu ile yenileme garantisi mevcut olan Sigortalı personelin Grup Sağlık Sigorta poliçe kapsamından çıkması durumunda (emekli olma, işten çıkarılma veya istifa etme sebebiyle) en geç 30 gün içinde işten çıkış bildirgesi ile birlikte ferdi poliçe için başvurması gerekmektedir. Sigortalı'nın daha önce sahip olduğu Grup Sağlık Sigortası ürününe eş değer bir ürün, yoksa en yakın plana haiz bireysel tarifelerden biri ile poliçesinin devamı sağlanabilecektir.

Grup poliçe kapsamında olan sigortalının, gruptan çıkışı söz konusu olmadan ferdi poliçe için başvurması durumunda sigortalının ömür boyu yenileme garantisi mevcut olsun olmasın ferdi poliçeye geçişte risk analizi yapılacaktır.

Sigortalının annelik teminatı mevcut olan aktif grup poliçesi olup, yeni bir annelik teminatı içeren ferdi poliçede sigortalı olması durumunda ferdi poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 12 aylık bekleme süresi geçerli olacaktır.

MADDE 13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 İptaller

Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın poliçenin 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.

Sigortacı'nın onayladığı ve 30 günü aşan taleplerde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün üzerinden hesaplanır.

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

Sigortalı'ya ödenen tazminat tutarı, hem Sigortacı'nın hak ettiği prim tutarını hem de Sigortalı'nın ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesiz iptal yapılır. Riziko gerçekleştiğinde primlerin henüz vadesi gelmemiş dahi olsa Sigortacı'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.

Sigortacı'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 Sigortacı'ya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalının Vefatı

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

3S SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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

Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde 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 sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettiren'e yapılır.

MADDE 14. SAGMER (SİGORTA GÖZETİM MERKEZİ) Bilgilendirme

İşbu Sigorta poliçesindeki Sigortalı'lara ait poliçe ve sağlık bilgileri Sagmer'e (Sigorta Gözetim Merkezi) transfer edilecek olup, Sagmer ve diğer kamu kuruluşlarından Sigortalı'ların poliçe ve sağlık bilgileri temin edilebilecektir.