

# FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

## MADDE 1 - SİGORTA KONUSU

Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ek olarak Sigortalının bir hastalık ve/veya kaza halinde, gerekli olan tedavi giderleri poliçeye ekli sertifikada belirtilen teminat, limit, özel ve genel şartlar dahilinde karşılanır. Sigorta teminatı sadece Sigorta Poliçesinde yer alan kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamazlar.

## MADDE 2 - TANIMLAMALAR

Sigorta Poliçesi kapsamında kullanılan tanımlamalara ilişkin açıklamalar ektedir.

**ANLAŞMALI KURULUŞ:** Sigorta Şirketinin özel anlaşmalar çerçevesinde, Sigortalıya ücretsiz ve/veya ücretli yararlanma hizmetini sunduğu, poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde hizmet veren sağlık kuruluşları.

**ANLAŞMALI KURULUŞ LİSTESİ:** Sigorta Şirketinin özel anlaşmalar çerçevesinde, Sigortalıya ücretsiz ve/veya ücretli yararlanma hizmetini, poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde hizmet veren sağlık kuruluşlarını tanıttığı liste. Bu liste Sigorta Şirketince güncelleştirilir ve tüm poliçeler için güncellenen son liste esas alınır.

**ANLAŞMASIZ KURULUŞ:** Sigorta Şirketi ile sözleşmesi olmayan sağlık kurumlarıdır.

**AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI:** Bu Poliçe'nin kapsamı dahilinde olan, Hastane'ye yatırılmayı veya Hastane'de tedavi edilmeyi, gözlem altında tutulmayı gerektirmeyen durumlardaki hizmetleri kapsayan Teminat'lardır.

**BAĞIMLI PRİMİ:** Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında aktif olarak çalışanın bakmakla yükümlü olduğu çalışmayan eşi, çocukları ve de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından emekli olan kişiler için hesaplanan prim.

**BAŞLANGIÇ TARİHİ:** Poliçe'nin ilk kez veya varsa müteakip her yinelenmesinde yürürlüğe girdiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl.

**BEKLEME SÜRESİ:** Sigortacının Sigortalı adayının sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların teminat altında olmadığı süre.

**BİTİŞ TARİHİ:** Bu Poliçe'nin süresinin bittiği gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. İşbu tarihten sonra yapılacak tüm harcamalar nedenine bakılmaksızın teminat dışı tutulmuştur.

**ÇALIŞAN PRİMİ:** Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı olup aktif çalışan kişiler için hesaplanan prim.

**ÇIKARMA TARİHİ:** Birden fazla kişinin Sigortalı olarak teminat kapsamında olduğu bir Poliçe'den, Sigorta Ettirenin talebi sonucunda ve/veya Sigortalının Sigortalanacak Kişiler tanımında belirtilen duruma uygun olmaması halinde Sigortalının Sigortacı tarafından diğer Sigortalılar için devam eden Poliçe'den çıkarıldığı gün (Türkiye saati ile öğlen saat 12:00), ay ve yıl. Sigortalının cayma ve fesih nedeniyle çıkarılması halinde Genel Şartlar madde 8'de belirtilen hususlar ve süreler uygulanır.

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

**HASAR PRİM ORANI:** Sigortalının poliçe dönemi içindeki ödenmiş ve muallak tazminatlar toplamının prime olan oranı.

**İLAVE ÜCRETLER:** Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretleri.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

**İPTAL TARİHİ:** Sigorta Ettirenin yazılı olarak talep etmesi veya Sigortacı tarafından Genel Şartlar'da belirtilen hususlardan dolayı cayma veya fesih nedeniyle Poliçe'nin iptal edildiği gün. (Türkiye saati ile saat 00:01), ay ve yıl.

**KATILIM PAYI:** 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutar.

**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.

**SAGMER:** Sağlık Sigorta branşındaki verilerin tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması ve kamu gözetim-denetiminin etkinleştirilmesini hedefleyen sigorta gözetim merkezi.

**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 dahilinde 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.

**SİGORTALI:** Sigorta Ettirenin ve Sigortalanacak Kişiler'in sağlık sigortası başvurusunda belirtilen ve Sigortacı tarafından kabul edilip, poliçe kapsamına alınan kişi.

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

**SİGORTALI TANITIM KARTI:** Sigortalının adına tanzim edilerek Sigorta Poliçesi'nin ekinde sunulan ve Anlaşmalı Kuruluş'larda ibraz edilebilen kişiye özel kart.

**TEMİNAT:** Sigortacının, Sigorta Poliçesi'nin özel ve genel şartları çerçevesinde poliçesinde belirtilen limit dahilinde ödemeyi üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamı.

**YILLIK TOPLAM LİMİT:** Sigortalının yıllık olarak belirtilen teminatından, Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami tutar.

**YENİLEME:** Sigorta Ettirenin mevcut olan Sigorta Poliçesi'nin Bitiş Tarihi'nden 15 gün önce veya Bitiş Tarihi'nden 15 gün sonra yeniden sözleşme yaptırmak için Sigortacıya başvurması ve Sigortacı ile Sigorta Ettirenin 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.

### MADDE 3 – TEMİNAT KONUSU VE KAPSAMI

İşbu Sigorta; Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, Mapfre Sigorta A.Ş.'nin belirlemiş olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli/protokollü sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek ilave ücretleri poliçede belirtilen yıllık toplam limit dahilinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ve işbu özel şartlar dahilinde ödemeyi taahhüt eder.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

İşbu poliçe teminatı; Özel Şartlar Madde 2'de sayılı haller dışında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan tüm durumlar için geçerlidir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine göre sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları işbu poliçenin kapsamında olmayacaktır.

Poliçede belirtilen teminatlar, yalnızca poliçede ismi yer alan kişiler için geçerli olup, bunun dışındaki kimseleri kapsamayacaktır.

İşbu poliçe kapsamında verilebilecek teminatların kapsamı aşağıda belirtilmiştir;

### 3.1. Yatarak Tedavi Teminatı

Sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; dâhili ve/veya cerrahi yatışları, Sigortalının hayatı bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri, küçük müdahaleleri özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Sigorta süresi içinde Sigortacıya bildirilen ve kabul edilmiş sağlık durumları ile ilgili, hastane tedavileri devam ederken poliçenin sona ermesi ve yenilenmemesi durumunda, poliçenin sona ermesinden sonraki tedavi giderleri Sigortacı tarafından ödenmez.

### 3.2. Ayakta Tedavi Teminatı

Sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayene, tahlil, radyoloji, modern teşhis yöntemleri ve fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta Tedavi Teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri sertifikada belirtilen limit doğrultusunda özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Poliçelerde, Ayakta Tedavi üst limitini aşan tedavi giderleri ödenmez. Ayakta Tedavi Teminatları tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile birlikte alınabilir.

## MADDE 4 - BEKLEME SÜRESİ

İşbu poliçede Yatarak Tedaviler kapsamında (Kırmızı Alan durumları hariç olmak üzere) tüm işlemler ve ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler için teminatın alındığı tarih itibarıyla ilk 3 ay bekleme süresi bulunmaktadır.

## MADDE 5 – TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar bu poliçenin tüm teminatları için kapsam dışında tutulmuştur;

**1-** Başvuru formunda beyan edilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan bir şikâyet ve/veya hastalık nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurarak tanı almış, tedavi görmüş ve/veya tedavi önerilmiş olan her türlü sağlık gideri ile bunlara bağlı nüks ve komplikasyonlar poliçe teminat kapsamı dışındadır.

**2-** Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın işten ayrılma, sigorta priminin ödenmemesi ve bunun gibi sebeplerle aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

**3-** Yöntem, tür, miktar, kullanım süresi Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenmiş işlemler, yatarak tedavilerde sağlık kurumu tarafından temin edilerek Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesine kurallar dâhilinde izin verilen malzemeler ile Sosyal Güvenlik Kurumu'nun muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda anlaşmalı kurumlarda yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında Sosyal Güvenlik Kurumu'nca karşılanmayan sağlık hizmetleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

**4-** Acil durumlar da dâhil olmak üzere Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve/veya Kurumlar dışında yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

**5-** Poliçe üzerinde yazılı kullanım adedini ve/veya teminat limitini aşan ayakta tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

- 6- Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 7- Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve/veya Kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve/veya tedaviler Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve/veya Kurumlarda yapılsa dahi poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 8- Her türlü diş tedavisi ve/veya diş hekimleri tarafından yapılan tüm işlemler poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 9- Gözlük, cam, çerçeve, lens masrafları ve bunlarla ilgili tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 10- Yurt dışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurtdışından getirilecek olan tüm ilaçlar poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 11- Anlaşmasız şehir içi ve dışı her türlü ambulans ücretleri, yol, gündelik, 2. refakatçi ücretleri, suit oda farkları ve özel harcamalar poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 12- Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, yardımcı üreme yöntemi tedavileri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 13- Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 14- Gebelikle ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 15- Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın herhangi bir yerinde faz 5 ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- 16- Tıbbi zorunluluk olsa bile sünnet kapsamı dışındadır.

### MADDE 6- COGRAFI KAPSAM

İşbu poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurumlarda geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri işbu poliçe teminat kapsamında değildir.

### MADDE 7 – SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTAYA 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.

İşbu sigorta sözleşmesi kapsamına Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları kabul edilirler. Sigortalı ve Sigortacı arasındaki sözleşmenin yapılabilmesi için Sigortalının; poliçe başlangıç yılı itibarı ile 60 (altmış) yaşın altında olması şarttır. Poliçeye ilk giriş tarihindeki Sigortalı yaşının 56 ve üzeri olması durumunda poliçe 60 yaşından sonra yenilenmeyecektir.

55 yaş ve öncesinde Fark Yok Sağlık Sigortası poliçesi kapsamında ilk defa sigortalanan kişilerin poliçeleri, kesintisiz olarak devam etmesi halinde 60 yaşından sonra da yenilenebilecektir. Yaş hesabı, sigorta başlangıç tarihi ile doğum tarihi farkının gün / ay / yıl olarak hesaplanması ile yapılır.

Yeni doğan bebekler doğum tarihinden 14 gün sonra sigorta kapsamına alınırlar. 14 günden büyük bebekler, sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalı olabilirler.

### MADDE 8 – TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve/veya Kurumlar'dan sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek masraflar; poliçe teminat kapsamı dahilinde değerlendirildiğinde kuruma verilecek provizyon sonrası doğrudan anlaşmalı kuruma ödenecektir. Provizyona ilişkin fatura ve evraklar

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Anlaşmalı Kurum tarafından Sigortacıya gönderilecektir. Provizyon alınmamış işlemlerde Sigortalının kendi yaptığı harcamalara ait faturalar ise poliçe kapsamı dahilinde değerlendirilmeyecektir. Poliçe teminat kapsamı dışındaki masrafların tamamı Sigortalı tarafından ödenecektir.

### MADDE 9 - SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GARANTİSİ VERİLMESİ

#### 9.1. Sözleşmenin Yenilenmesi

Sigortalı mevcut poliçenin bitiş tarihinden en geç 30 gün sonrasına kadar yeni sözleşme (poliçe) için Sigortacıya 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. Sigortacının poliçe yenileme döneminde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış Sigortalıya Hasar/Prim oranına göre ekprim veya indirim uygulama, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe, muafiyet, katılım payı, limit, ek prim vb. şartlı kabul uygulamaları yapma hakkı saklıdır.

#### 9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Sigortalının kesintisiz Mapfre Sigorta A.Ş.'de, 3 yıl boyunca Fark Yok Sağlık Sigortası ürünü ile sigortaya devam etmesi, 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış olması ve son üç yıl H/P oranı ortalamasının %80'in altında olması şartıyla Sağlık poliçesi sahibi olan sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilir.

Başka bir sigorta şirketinden Mapfre Sigorta A.Ş. Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde yenileme garantisi olsun olmasın sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, ek prim, muafiyet vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı Mapfre Sigorta A.Ş. kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde Sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilir. Şirketimizdeki diğer ürünlerden Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılması durumunda Sigortalının mevcut olan Yeniden Risk Değerlendirilmesi Yapılmaksızın Yenileme Taahhüdü hakkı saklı kalacaktır. Ancak Fark Yok Sağlık Sigortası ürününden farklı bir ürüne geçiş talebi olması halinde Sigortacı tarafından yeniden risk analizi yapılır.

Sigortacı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" başvurusu yapan Sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacının başvuruyu reddetme, şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verme hakkı saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanan Sigortalının son kullandığı ürün, yenileme sırasında yasal mevzuat değişikliği, mücbir bir sebeple ve/veya şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise önceki poliçedeki teminatlar ve anlaşmalı kurum ağı ile paralel veya ona en yakın başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda Sigortalının mevcutta var olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı kalacaktır. Yenileme taahhüdü kişiye özeldir ve bu hakkı kazanmış Sigortalılara aittir. Sigortacı tarafından Sigortalıya verilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiştir" ifadesi her bir Sigortalının sertifikasında belirtilir.

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

Bu dönemde Sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde Sigortacı mevcut "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" yeniden değerlendirme hakkına sahiptir. Sigortacının yenileme taahhüdünde bulunduğu Sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, poliçenin yenileme garantisi hakkını kazandığı tarihteki Özel Şartlara tabidir. Ancak Sigortacı anlaşmalı kurum ağına değişiklik yapma hakkına sahiptir.

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 Sigortacının, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 ve 7'de belirtilen durumlar dışında risk analizi değerlendirmesi yapma ve hastalıktan dolayı ek prim, 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 ek prim uygulaması devam edecektir.

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

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

### 9.3. SAGMER Bilgilendirme

İşbu Sigorta poliçesindeki 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.

## MADDE 10 – PRİM TESPİTİ

### 10.1. Prim Hesabı:

Poliçe primi; Sigortalının ikamet bölgesi, yaş, cinsiyet, tercih ettiği teminat kriterleri dahilinde tespit edilir. Primler İstanbul içi ve İstanbul dışı olarak değişiklik göstermektedir.

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

Sigorta priminin ne şekilde, hangi vade ve tutarlarda ödeneceği başvuru formu ve poliçe üzerinde belirtilmektedir. Sigortalı, prim ödemelerinin tamamını poliçe üzerinde yazılı ödeme planı doğrultusunda kredi kartı ile yapar.

Poliçe başlangıcında bağımlı primi ile sigortalanması gereken kişinin çalışan primi ile sigortalanması durumu poliçe döneminde tespit edildiğinde prim farkı zeyilname ile tahakkuk ettirilecektir. 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 artacaktır. Azami artış oranı olan %50, sağlık uygulama tebliği, enflasyon ve sağlık kurumlarının şirketimize uygulayacağı cari fiyat artışına göre değişiklik gösterecektir.

### 10.2. Hasar/Prim oranına göre uygulanacak indirim/ek prim:

Poliçe Yenileme Döneminde, aşağıda belirtilen şartlara uyan Ömür Boyu Yenileme Garantisi almamış Sigortalılara Hasar/Prim oranına göre tarife primine uygulanabilecek ek prim veya indirimler;

#### \* Hasar/Prim oranına göre uygulanacak indirim;

Sigortalı için "Ödenen tazminat / Prim oranı"  
%0

İndirim oranı  
%10

#### \*Hasar / Prim oranına göre uygulanacak ek prim;

Sigortalı için "Ödenen tazminat / Prim oranı"  
%101- %150  
%151- %200  
%201 ve üstü

Ek prim oranı  
%50'ye kadar  
%75'e kadar  
%100'e kadar

## MADDE 11 – YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Sigorta Ettiren/Sigortalı adaylarının başvurularının, Sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, 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, Sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya yürürlükteki risk kabul yönetmeliği doğrultusunda Sigortacının başvuruyu reddetme, şartlı kabuller uygulayarak kabul etme hakkı saklıdır.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Yenileme Garantisi hakkı Mapfre Sigorta A.Ş. kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde Sigortalının yenileme garantisi hakkı Sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilir. Şirketimizdeki diğer ürünlerden Fark Yok Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılması durumunda Sigortalının mevcut olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı kalacaktır. Ancak Fark Yok Sağlık Sigortası ürününden farklı bir ürüne geçiş talebi olması halinde Sigortacı tarafından yeniden risk analizi yapılır.

## MADDE 12 – SİGORTA ETTİRENİN SORUMLULUĞU

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

## FARK YOK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

etmekle yükümlüdür. Sigortalının/Sigorta Ettirenin beyanı gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6 hükümleri uygulanır.

### MADDE 13 – İPTALLER

Sigortalının onayladığı taleplerde poliçe gün üzerinden iptal edilebilecek, poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır.

İptal nedeniyle Sigortalı/Sigorta Ettirene iade edilecek tutar ödenen tazminat dikkate alınarak gün esasıyla hesaplanır. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortalının hak ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı tahsil ettiği primlerden almaya hak kazandığı primleri düşerek kalan primleri Sigortalıya iade eder. Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortalının hak ettiği prim tutarını aşıyor ancak Sigortalının tahsil ettiği prim tutarını aşmıyorsa, Sigortacı ilgili tazminat tutarını tahsil ettiği prim tutarından düşerek kalan primi Sigortalıya iade eder.

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

Poliçe iptalinden sonra poliçenin yeniden aktif edilmesi taleplerinde yeniden başvuru formu doldurulacak ve yeniden risk analizi yapılacaktır.

Sigortalının Sigortalı/Sigorta Ettirenin kötü niyetli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer sigortalılar adına düzenletirilmesi, Sigortalının bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde Sigortacıya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) Sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini faiz ve masrafları ile alma ve/veya poliçeyi prim iadesiz iptal etme hakkına sahiptir.

Poliçede yazılı Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarından birinin veya birkaçının Sosyal Güvenlik Kurumu ile olan sözleşmesi poliçe vadesi içinde sona erer ise ve Sigortalının ikamet ettiği bölgede Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı ve poliçede yazılı başka bir kurum kalmaz ise işbu poliçe kendiliğinden münfesh olur.

Ancak Sigortalının yatış gerektiren tedavisi devam ederken sağlık kurumunun herhangi bir sebeple Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesinin sona ermesi durumunda tedavinin tamamlanmasına kadar olacak masraflar poliçe teminat kapsamı içinde olacaktır.

Fesih olan poliçe başlangıç tarihinden iptal tarihine kadar geçen süreye bağlı olarak Sigortacı prime hak kazanacaktır. Sigortalının vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Poliçedeki Sigortalı ile Sigorta Ettirenin farklı olması durumunda Sigorta Ettirenin vefatı halinde Sigortalılar Sigorta Ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirebilirler. Sigorta Ettirenin kanuni varislerinin bu durumla ilgili yazılı onayının Sigortacıya 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.