

FİBA ELİT SAĞLIK SİGORTASI

Sayın Sigortalımız,

Öncelikle, Fiba Sigorta'yı tercih ettiğiniz için teşekkür ederiz. Sağlık sigortası poliçeniz ile ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda bilgilerinize sunulmaktadır.

Seçmiş olduğunuz poliçe ile birlikte;

- Ürünün kullanımında kolaylık ve hız sağlayacak, provizyon alınmasını sağlayan her bir birey için verilen sigortalı kartı,
- Ürünün içerik, kapsam ve şartlarının yer aldığı özel ve genel şartlar kitapçığı,
- Anlaşmalı kuruluşların adres ve telefonlarının bulunduğu anlaşmalı kurumlar kitapçığı,
- Sigorta kapsamına alınan kişileri, anlaşmalı ve anlaşmasız kurumlarda uygulanan teminat ve bu teminatlara ait limitleri ve ödenecek prim miktarını gösteren poliçe sertifikası verilmektedir.

Neden Fiba Sağlık Sigortası?

Limitsiz Teminatlar: Fiba Sağlık Sigortası limitsiz güvence vermektedir. Bu sayede, ciddi rahatsızlıklarda oluşacak yüksek harcamalarınızda da sigortanız tam güvenceyle yanınızda olacaktır. Teminat limitlerinizin dolması gibi bir durum söz konusu değildir.

Yatarak Tedavi Teminatlı Üründe Ayakta Tedavi Teminatı Verilmesi: Yüksek harcama tutarları çoğunlukla yatarak tedavilerden kaynaklanmaktadır. Ancak, ayakta tedavi teminatları içerisinde bulunan **Görüntüleme** ve **Laboratuvar** hizmetlerinin teşhis masrafları içerisindeki payı da azımsanmayacak ölçüdedir. Fiba Sağlık Sigortası, poliçe sertifikasında yazan şartlarla **Görüntüleme** ve **Laboratuvar** hizmetlerini kapsam altına almaktadır.

Özel İndirimler: Sigorta kapsamı içerisinde ödenmeyen tedaviler için Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında indirim hakkına sahip olunmaktadır.

Tıbbi Danışmanlık Hizmeti: Tıbbi danışmanlık ve Acil yardım hizmeti **SOS** tarafından verilmektedir. 7/24 hizmet veren tıbbi danışmanlık hattı, her türlü sağlık sorunlarınızda sizi yönlendirecektir. 7/24 tıbbi danışmanlık ve acil yardım için **telefon numarası: 444 0 505**

1) TANIMLAR

A.Sigortacı: Bu Sigorta Sözleşmesi'nin düzenlendiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış Sigorta Şirketidir. Yani, **Fiba Sigorta A.Ş.** dir.

B.Sigorta Ettiren: Bu Sigorta Sözleşmesi için Sigortacıyla sözleşmeyi kuran kişi, bu sigorta sözleşmesinin kapsamı dahilinde prim ödeme sorumluluğunu üzerine almış gerçek ya da tüzel kişidir.



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

D.Promed: Sigortacı adına Sağlık Sigortası hizmetlerini organize eden, sigortalılara ait sağlık kullanımlarını sigorta ettiren ile imzalanan sigorta sözleşmesine göre değerlendiren ve tazminata ait kararı veren, sigortacı adına anlaşmalı kurum ağını oluşturan ve takip eden, poliçe, sigortalı kartı ve sigortayla ilgili evrakların basımını yapan, sigorta şirketlerine ürün geliştiren, aktüerya ve istatistik konularında yardımcı olan ve Sigortacı tarafından verilen yetkilendirme belgesine sahip olan yardımcı şirkettir.

E.SOS : Tıbbi Danışmanlık, Acil ve Destek Sağlık Hizmetleri 'ni Sigortacı adına tam gün (yirmi dört saat) yürüten yardımcı şirkettir.

F.Acil Durum: Sigorta Özel ve Genel şartları gereği standart istisnalar içerisinde yer almayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile geciktirilmesi mümkün olmayan, tıbbi veya cerrahi tedavi gerektirdiğini belirten haklı bir görüşe yol açan ve Promed tarafından acil olduğuna karar verilen ve Sigortacı tarafından onaylanan durumdur.

Aşağıda belirtilmiş durumlar ve hastalıklar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar "Acil" tanımı kapsamında değerlendirilmez.

- Suda boğulma,
- Trafik kazası,
- Tecavüz,
- Yüksekten düşme,
- Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları,
- Elektrik çarpması,
- Donma, soğuk çarpması,
- Isı çarpması,
- Ciddi yanıklar,
- Ciddi göz yaralanmaları,
- Zehirlenmeler,
- Anafilaktik şok,
- Omurga ve alt ekstremitte kırıkları,
- Travma sonucu oluşan kırık ve yaralanmalar,
- Kalp krizi ve ritm bozuklukları, hipertansiyon krizleri,
- Akut solunum problemleri,
- Şuur kaybına neden olan her türlü durum,
- Ani felçler,
- Ciddi genel durum bozukluğu,
- Yüksek ateş (39,5 üzeri),

- Diabetik ve üremik koma,
- Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği diyaliz hastalığı,
- Akut batın,
- Akut masif kanamalar,
- Menenjit, ensefalit, beyin apsesi,
- Renal kolik.

G.Anlaşmalı Kuruluş: Fiba Sigorta A.Ş. adına ve hesabına hareket eden Promed' in sağlık sigortalılarına verilecek tıbbi hizmetler için anlaşma imzaladığı;

- Hastaneler,
- Poliklinik, klinik, tıp merkezi,
- Laboratuar ve görüntüleme merkezleri,
- Hekimler,
- Fizik tedavi merkezleri,
- Eczaneler,
- Ambulans merkezlerini ifade etmektedir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarının isimleri, Promed tarafından sigortalıya verilmek üzere hazırlanan poliçe ekinde verilen listede ve Fiba Sigorta'ya ait [www. fibasigorta.com.tr](http://www.fibasigorta.com.tr) adresli internet sayfasında bulunmaktadır. Promed' in, Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları Listesi'nde poliçe döneminde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Bu değişiklikler yine aynı sayfada güncellenmektedir.

H.Anlaşmasız Kuruluş: Promed ile arasında anlaşmalı kuruluş sözleşmesi bulunmayan ve Promed'in "Anlaşmalı Kuruluşlar" listesinde yer almayan;

- Hastaneler,
- Poliklinik, klinik, tıp merkezi,
- Laboratuar ve görüntüleme merkezleri,
- Hekimler,
- Fizik tedavi merkezleri,
- Eczaneler,
- Ambulans merkezlerini ifade etmektedir.

I.Doktor: Hastalığının teşhis ve tedavisi amacıyla kendisine başvuran hastanın her türlü teşhis ve tedavisi için lisansı olan Tıp Fakültesini bitirmiş ehliyetli kişidir.

İ.Bekleme Süresi: Sigortalı'nın Kayıt Tarihi ile başlayan ve bu Sigorta Sözleşmesi'nin bekleme süreli rahatsızlıklar kısmında belirtilen ve varsa Promed'in Sigortalı adayının sağlık durumuna göre uyguladığı, belirli tıbbi durumların teminat altında olmadığı süreyi ifade etmektedir.

J.Azami İyi Niyet Prensibi: Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden önceki sağlık durumuyla ilgili bilgilerden, sigortalının bildirdiği ölçüde haberdar olmaktadır. Sigortalının başvuruda belirtmiş olduğu bilgiler doğrultusunda primler belirlenmekte ve riskin kabulüne karar verilmektedir. Bu nedenle, sorulmuş olsa da olmasa da, sigortalının risk hakkındaki yani geçmiş hastalıkları, mevcut hastalıklar ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve eksiksiz olarak bildirmesini ifade etmektedir.

K.Beyan: Sigorta başvurusu sırasında sigortalı aday tarafından iletilen bilgilerdir. Başvuru aşamasında, mevcut sağlık durumu ve sağlık geçmişi ile ilgili bilgiler tam ve doğru olarak verilmiş olması gerekmektedir. Önceden varolan ve bilinmesine rağmen beyan edilmeyen rahatsızlıklara ait tedavi giderleri ödenmemekle birlikte Azami İyiniyet Prensibi ve Genel Şartlar çerçevesinde sigortalılık da sonlandırılabilir.

L.Teminat: Fiba Sigorta'nın Sağlık Sigortası poliçesi genel ve özel şartları gereği sigortalıya verdiği taahhütleri ifade etmektedir.

M.Kaza: Sigortalının doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olay nedeniyle iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşılaşmasıdır.

N.Sigorta Süresi: Aksine bir anlaşma yoksa sigorta süresi bir yıl olup Poliçe Sertifikasında yazan başlangıç ve bitiş tarihleri arasındaki süredir. Sigorta, öğle 12:00'da başlar ve bitiş günü öğle 12:00'da sona erer.

O.Katılım Payı: Yapılan tetkik ve tedavilerde sigortalının ödeyeceği kısmı ifade etmektedir.

2)ÖZEL ve GENEL ŞARTLAR

Sigorta sözleşmeleri, sigortanın tarafları olan sigortalıların ve sigortacının haklarını korumak ve yükümlülük ve sorumlulukları belirlemek amacıyla belirli hükümler içermektedir.

Sağlık giderleriniz, Sigortacılık Kanunu uyarınca sağlık sigortası sözleşmesinde Türk Ticaret Kanunu Hükümleri, sigorta şirketlerinin tamamında eşit olan TC Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından oluşturulan ve yürürlüğe konan Hastalık Sigortası Genel Şartları ve sigorta şirketlerinin kendi bünyelerinde geliştirdikleri ve Hazine Müsteşarlığından onay aldıkları Özel Şartlar doğrultusunda karşılanmaktadır.

3)ÖZEL ŞARTLAR

A.Kapsam: Fiba Sigorta Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Fiba Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının, sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalıklarına ait tetkik ve tedavi giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı ve limitleri dahilinde; sigorta teminatı, kapsama alınan kişilerin doğuştan gelen rahatsızlıkları ve sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları ve/veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelebilecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamamaktadır.

SIGORTALILARIN SIGORTA SÜRESİ İÇİNDE HASTALANMALARI VE/VEYA HERHANGİ BİR KAZA SONUCU YARALANMALARI HALİNDE TEDAVİLERİ İÇİN GEREKLİ MASRAFLARI İLE VARSA GÜNDELİK SAĞLIK GİDERLERİ POLİÇEDE YAZILI MEBLAĞLARA KADAR KAPSAM ALTINDADIR

Yukarıdaki teminatlar sağlanırken aşağıdaki hususlar uygulanmaktadır.

- Sigorta Sözleşmesine ait limitler, şartlar ve standart istisnalar,
- Bütün Teminat ve hizmet için uygulanabilen özel şartlar ve (varsa) özel istisnalar,
- Katılım payları ve/veya asgari muafiyetler.

B.Sigorta Süresi ve Geçerlilik: Sağlık sigortası sözleşme süresi 1 yıldır. Tedavinin teminat kapsamına alınabilmesi bu tedavinin poliçenin geçerli olduğu süre içinde gerçekleşmiş olması ve ilgili tazminat talebinin de yine sigorta süresi içinde Promed'e ulaştırılmış olması gerekmektedir. Ancak, sigorta süresi içinde hastanede görmeye başlanan yatarak tedavi, sigortanın bitiş tarihinde devam etmekte olan bir tedavi ise sadece bu tedavi ile ilgili olmak kaydıyla sigorta bitiş tarihinden itibaren 10 gün içinde yapılan tazminat talepleri teminat kapsamına girer. Bunun yanında, devam eden ve poliçenin son gününe ait giderler sigortalının poliçesini yenilemesi halinde yeni dönem poliçesinin teminatlarından ödenir.

C.Sigortalı Yaşı ve Sigortalanabilecek Kişiler: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı olmak esas olmak kaydı ile 18 – 60 yaşları arasındaki fertler teminat altına alınır.

15 günlük bebek ile 18 yaş arasındaki çocuklar ise aile kapsamında sigorta teminatına dahil edilir. Bebeğin dünyaya gelmesini takip eden en az 15 gün sonra doğum belgesi ve Başvuru Formu ile başvuruda bulunulması ve başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde poliçe başvuru tarihi itibarıyla düzenlenir. Eğer, bebek doğumu takip eden 15. günde hala hastanede tedavi görmekte ise, bebeğin poliçe kapsamına alınması için taburcu olması beklenir.Taburcu olan bebeğin tüm rapor ve sonuçları Sigortacı tarafından incelendikten sonra teminat kapsamına alınıp alınamayacağına karar verilir. Bebeğin doğum tarihini takip eden 60 gün içinde yapılmayan başvurularda bebek teminat kapsamına alınamaz.

15 gün - 18 yaş arasındaki kişiler, ancak anne ve babası ile birlikte ya da annenin poliçesi kapsamında sigortalı olmaları halinde, bağımlı statüsünde sigorta kapsamına alınabilirler. Talep edilmesi halinde 24 yaşına kadar çocuklar da öğrenci ve bekar olmak kaydıyla aile kapsamında sigortaya dahil edilebilir.

D.Başvurular: Sigorta Ettiren / Sigortalı adaylarının gerek ilk gerekse de sonradan yapacakları bütün başvuruların, Sigortacı tarafından temin edilen başvuru formları ile yapılması, sigortalanacak kişilerle ilgili beyan kısımlarının eksiksiz ve doğru olarak doldurulması zorunludur. Sigorta **Sözleşmesi için yapılacak her türlü başvurunun yazılı olması şarttır.**

Sigortacı'nın, ilk ya da daha sonraki başvuruları herhangi bir neden göstermeksizin reddetme, standart şartlarla kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için Bekleme Süresi ve/veya özel istisna koyarak özel şartlar altında kabul etme hakkı saklıdır.

E.Beyan ve İhbar Yükümlülüğü: Sigorta ettiren/ sigortalı Başvuru Formu ve bunu tamamlayıcı Sağlık Beyan Formu da kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve riskin kendisini teşkil eden, riskin değerlendirmesinde etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/ sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksik ise, Türk Ticaret Kanununun 1290. ve hastalık Sigortası Genel Şartları'nın 5. Maddesi hükümleri uygulanır. Sigortacı sözleşmeyi yapmama veya yapmış ise cayma hakkına sahiptir. Bu durumda risk gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödenmez. Sigortacı prime hak kazanır.

Hastalık Sigortası Genel Şartları Madde 5 'e ek olarak, Sigortacının bu maddedeki iptal hakkı saklı kalmak üzere, sigorta ettirenin/sigortalının beyan etmediği hastalık/rahatsızlıklar sözleşmenin yapılmasına engel değil ise, Sigortacı bu hastalıkları teminat kapsamına almayabilir veya ek prim olarak teminat kapsamına alabilir. Hastalığa ait harcamaların ödenebilmesi hastalıkla ilgili her türlü belgenin ve bilginin Promed'e iletilmesiyle mümkün olmaktadır. Sağlık Sigortası Genel şartlarında yer alan beyan ve ihbar yükümlülüğünün yerine getirilmesi yanında, sigortalının sağlık durumu ve geçirdiği tedavilere ait tüm bilgi, belge ve kayıtlarını ilgili sağlık kuruluşu tarafından Promed'in incelemesine sunulmasını sağlaması gerekmektedir.

F.Sigorta'nın Coğrafi Sınırı: Sigorta, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ve sürekli olarak Türkiye'de ikamet eden kişiler için geçerlidir(T.C. vatandaşı olması gereklidir) .Ancak, 30 günü aşmayan yurtdışı seyahatlerinde acil haller içerisinde sayılan bir durumun gerçekleşmesi halinde ödeme sigortalı tarafından yapılır ve faturanın aslı, tetkik ve rapor sonuçları Promed'e iletilir. Gerekli belgelerin eksiksiz olması (Yeminli tercüman tarafından ilgili belgelerin onaylı çevirisinin sigortalı tarafından yapılması gerekmektedir.), Promed'in inceleme yapması sonucu Sigortacı tarafından onay verilmesi durumunda ödeme tutarı Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen tutarla sınırlı olarak yapılacaktır. Tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınarak sigortalıya ödeme yapılmaktadır.

G.Ömür Boyu Yenileme Garantisi: Fiba Sigorta, ferdi sağlık sigortası kapsamında sigortalı olan kişilere aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" (ÖBYG) vermeyi kabul etmektedir.

Fiba Sigorta A.ř. 'ne girişte ilk sigortalılık yaşı 58 den küçük, Sağlık Sigortası kapsamına alınmış Ferdi Sağlık Poliçesi sahibi sigortalı; azami iyi niyet prensibine aykırı hareket etmeyip, kesintisiz olarak 3 yıl boyunca Fiba Sigorta A.ř. 'nde yürürlükte kaldığı taktirde aşağıdaki şartlar dahilinde hak kazanabilir.

Ömür boyu yenileme garantisi ile ilgili uygulamalar Sigorta Ettirenin/Sigortalının yenileme garantisini hak ettiği tarihteki Özel Şartlar doğrultusunda yapılacaktır.

ÖBYG hakkının kazanılmasından sonra takip eden yenileme dönemlerinde ortaya çıkabilecek yeni rahatsızlıklarla ilgili; Tazminat / Prim oranı'nın %400'ü aşması durumunda uygulanacak ekprim 65 yaşına kadar primin %100 ünü, 65 yaşından sonra ise %200'ünü geçemeyecektir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi poliçedeki fertlere ayrı ayrı risk değerlendirmesi yapılarak verilir. Aynı poliçede hem ÖBYG alan, hem de alamayan sigortalı bulunabilir. ÖBYG kişiye özeldir.

H.Kısa Süreli Sigortalar – Poliçe İptali: Sigortalı / Sigorta Ettiren, Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin iptal edilmesini Sigortacı'dan talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için Sigorta Ettiren sözleşmenin iptal edilmesini istediği tarihi bildiren yazısını Sigortacı'ya iletmesi gerekmektedir.

Primlerin vadesinde ödenmediği durumlarda; sigortalıya tazminat ödemesi yapılmaz ve Hastalık Sigortası Genel Şartları hükümleri uyarınca poliçe iptal edilir. Primlerin vadesinde ödenmemesi ile sigorta ettiren temerrüte düşer. Temerrüt gününü takip eden ilk gün prim borcu ödenmezse teminatlar dondurulur. 15 günlük sürenin sonuna kadar prim borcu ödenmezse sigorta sözleşmesi herhangi bir ihtara gerek kalmaksızın fesh edilmiş olur. Teminatın durduğu süre içinde riskin gerçekleşmemiş olması kaydıyla prim ödendiğinde teminat durduğu yerden devam eder.

Kısa süreli sigortalarda prim gün esasına göre hesaplanmaktadır. Poliçe süresi dolmadan poliçenin iptal edilmek istenmesi durumunda;

- Sigortalıya ödenen tazminat hak edilen prim tutarını ve ödenen primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz,

- Sigortalıya ödenen tazminat %70 in altında ve hak edilen prim tutarını aşıyor, fakat ödenen toplam prim tutarını aşmıyorsa; hak edilen prim tutarı ve tazminat tutarının toplamı ödenen primden düşölüp, bakiye iade edilir.

- Poliçe süresi içerisinde sigortalıya ödenen toplam tazminat tutarı gün esasına göre hesaplanan primin %70 inden küçük ise hak edilen prim tutarı ödenen primden düşülerek iade edilir.

I.Kazanılmış Haklar: Fiba Sağlık Sigortasına başka bir şirketten geçilmesi durumunda; önceki şirketten alınan kazanılmış hakları gösteren geçiş formunun sigortacıya iletilmesi durumunda, Promed'in onayından geçen kazanılmış haklar Sigortacı tarafından da onaylandıktan sonra tanınacaktır. Ancak, eski poliçede teminat kapsamında olup yeni sigortada bulunmayan teminatlar kapsam dışı olacaktır. Daha geniş teminatlar içeren bir sigortanın tercih edilmesi durumunda, önceki dönemden gelen hastalıklara ait tedavi giderleri, eski sözleşme koşulları çerçevesinde ödenecektir.

İ.Vaka Değerlendirmesi: Bir şikayet sonucunda yapılan muayene neticesinde şikayetin tesbitine yönelik yapılan tüm işlemler aynı vaka olarak değerlendirilir. Aynı vakaya ait işlemler;

- İlk Hekim Muayenesi,
- Tahlil Tetkikleri,
- Modern Teşhis Yöntemleri,
- Konsültasyonlar,
- Tedavi Esnasındaki İşlemler, (Ameliyat, tıbbi malzemeler)

Belirli şikayete bağlı yapılan yukarıdaki işlemler esnasında ilk şikayetle uzak ya da bağlantısız bulunan tesadüfen ortaya çıkan hastalık ve uygulamaları farklı vaka olarak değerlendirilir. Aynı vaka ile ilgili 15 günden sonra gerçekleşen tüm işlemler farklı vaka olarak değerlendirilir. Aynı vaka sürecinde yapılan bir işlem neticesinde ortaya çıkan bağımsız yeni bir vakada ilk vakaya ait tetkik ve tedaviler aynı vaka kapsamında, diğerleri ise farklı vaka olarak değerlendirilir.

K.Sigortacının Rücu Hakkı: Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödeme yapmak durumunda kalması halinde, teminat kapsamı dışında yapılan bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Ayrıca bu uygulama, sigortacının poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen harcamalarla ilgili olarak sigortalı adına yapmak zorunda kaldığı ödemeler için geçerlidir.

Sigorta Şirketi'nin herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilmez.

L.Tazminatsızlık İndirimi ve Ek Prim Uygulamaları:

Tazminatsızlık İndirimi

Sigortalı, yapılan Sigorta Sözleşmesi için hiç tazminat almamış olması ve yenileme koşullarına göre Sigorta Sözleşmesini aynı sigorta şirketinden devam ettirmesi halinde yeni sözleşmesinin primleri üzerinden tazminatsızlık indirimine hak kazanır. Tazminatsızlık indirim, bu indirim hakkı kazanılan ilk yılda % 5, aralıksız olarak ikinci kez tazminatsızlık indirimine hak kazanılması halinde %10, yine aralıksız olarak üçüncü kez ve sonrasında da tazminatsızlık indirimine hak kazanılması halinde ise %15 oranında uygulanır. Tazminatsızlık indirim uygulanmış olan Sigortalı'nın tazminat alması halinde yenilenen sözleşmesinde tazminatsızlık indirim uygulanmaz ve tazminatsızlık indirim için süre yeniden başlatılır. Tazminatsızlık indiriminden yararlanan Sigortalı'nın, tazminatsızlık indirimine hak kazandığı Sigorta Sözleşmesi dönemi için daha sonradan tazminat alması halinde ise tazminatsızlık indirim geçersiz kalır ve uygulanmış bulunan indirim tutarı zeyilname ile prime ilave edilir.

M.Ek Prim:

Sigorta sözleşmesinin yenilenmesi esnasında son yıl Tazminat/Prim oranının değerlendirilmesi neticesinde;

Tazminat / Prim Oranı (%)	Ek Prim (%)
1-100	0
101-200	25
201-250	50
251-400	75
>400	100

"Tazminat/Prim oranı hesabında, Sigortacı'nın yenileme dönemi öncesi hesapladığı gün esasına göre hakedilmiş net prim ile şirkete ulaşılmış tazminat talep bedellerinin üzerine sigorta şirketinin mevzuata uygun olarak ekleyeceği gerçekleşmiş ancak ihbar edilmemiş tazminat bedeli ekleyerek bulunan toplam tazminat miktarı dikkate alınır."

Bir önceki yıl içerisinde teşhisi konan hastalıklara ve sigortanın kullanım sıklığına bakılarak sigortacı tarafından belirlenen oranlarda ek prim konabilir ya da ilgili hastalık istisna kabul edilebilir.

Sigortalılığının devamına karar verilen 64 yaş üzeri sigortalılara aşağıda belirtilen yaş aralığına göre ek prim uygulanmaktadır;

Yaş	Ek Prim
65	15%
66	20%
67	25%
68	30%
69-74	40%
75 ve üzeri	50%

Yukarıda belirtilen oranlar Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış sigortalılara da uygulanmaktadır.

Tazminatsızlık indirimleri ve ek primler sigorta poliçesinde bulunan kişilerin tamamı için birlikte değerlendirilerek belirlenir. Riske ait ek prim kişilere, tazminat/prim oranına ait ek primler ise poliçeye uygulanır.

N.Tazminat Ödemeleri: Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları, tazminat taleplerini sigortalı adına Promed'e yapmakta olup varsa sigortalı katılım payını sigortalıya bildirip tahsil etmektedir. Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarından alınan hizmetlerde ise ödeme sigortalı/sigorta ettiren tarafından yapıldıktan sonra, tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümü, doktor tarafından imzalanmış Tazminat Talep Formu, hastalığın teşhisine ilişkin tetkik sonuçlarını, tedavi gerektiren durum, adli olay sonucu meydana gelmiş ise adli tıp raporu, olay yeri tesbit tutanağı, trafik kaza raporu, alkol raporunu vb. belgelerin Sigortacıya iletilmesi gerekmektedir. Belgelerin eksik olması durumunda Sigortacı ek belge isteme hakkına sahiptir. Hiç bir eksik bilgi ve belgesi bulunmayan tazminat taleplerine ait ödeme, sigortalı/sigorta ettiren tarafından doldurulan başvuru formunda belirtilen banka hesap numarasına Sigortacı tarafından **7 iş günü içerisinde** yapılacaktır. Daha önce bildirilen hesap numarasının değişmesi durumunda yeni banka hesap numarasının imzalı dilekçe ile Sigortacıya bildirilmesi gerekmektedir.

O.Sağlık Kuruluşu Uygulamaları:

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları, Promed ile yapılan anlaşmalar doğrultusunda belirlenmiştir. Poliçeyle birlikte, **Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları** kitapçığı verilmektedir. Listede bulunan kuruluşlar sigorta kapsamı içerisinde anlaşmalı olarak değerlendirilmektedir.

- Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılacak tedavilere ait doktor ücreti her koşulda (hastane dışından, hastaneyle anlaşması olmayan doktor getirilmesi durumu dahil) tedavinin yapıldığı Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu ile Promed arasında belirlenmiş tutar kadar olacaktır.
- Özel şartlarda tanımlanan acil durumlardan birinin gerçekleştiğinin Sigortacı tarafından kabul edildiği veya sigortalının başvurduğu sağlık kuruluşuna ait imkanların gerekli tedaviyi sağlayamadığı ve Sigortacı'nın da bu durumu kabul edip onaylamış olduğu hallerde kurum ayırımına bakılmaksızın diğer kuruluşlarda da tedavi gerçekleştirilebilir. Tedaviye ait ödeme sigortalı tarafından yapılır. Fatura asılları ve gerekli her türlü belge Promed'e iletilip değerlendirme sonucunda sigortalıya ödeme yapılacaktır. Bu durumda ödeme, poliçede yazılı ödeme limiti ve oranları çerçevesinde gerçekleştirilir.
- Ayakta tedavi için anlaşmasız sağlık kuruluşuna başvurulması halinde ödenecek tutar Türk Tabipler Birliği (TTB) tarife kitapçığında belirtilen tutarla sınırlı olacaktır.
- Yatarak tedavi için anlaşmasız sağlık kuruluşuna başvurulması halinde ödenecek tutar, Türk Tabipler Birliği (TTB) Asgari Ücret Tarifesinde belirtilen tutarla sınırlı olacaktır.
- Sigortalılardan gelen talepler doğrultusunda Promed tarafından Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarının içeriği genişletilebilmekte, daha iyi hizmet alınması amacıyla da anlaşması fesh edilen kuruluşlar bulunmaktadır. Poliçeye ait anlaşmalı kuruluşların güncel hali www.fibasigorta.com.tr adresinden takip edilebilmektedir.
- Poliçeye ait anlaşmalı kurumlar listesinde belirtilmeyen Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarından birine gidilmesi durumunda alınan hizmet sonucunda oluşan tutar öncelikle sigortalı tarafından ödenmektedir. Gerekli belgenin Sigortacıya iletilmesi ve değerlendirmesi yapıldıktan sonra poliçe şartları doğrultusunda tazminat ödemesi sigortacı tarafından, sigortalıya yapılır.

4)TUTAR MUAFİYETİ UYGULAMASI

Ayakta tedavi teminatları içerisinde değerlendirilen Modern Teşhis Yöntemleri ve Tahlil – Röntgen hizmetleri teminatları tutar muafiyetli olarak karşılanmaktadır. Ayakta tedavilerde gerekli olan bu teminatlar; vaka başına, poliçe sertifikasında belirtilen tutar sigortalı tarafından, aşan kısma ait tutarın tamamı ise sigortacı tarafından karşılanmaktadır.

5)BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen poliçe süresi içinde ortaya çıkan hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili teminatlar sebep ve klinik seyri göz önünde bulundurulmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 12 ay süre ile kapsam dışıdır.

- Şeker hastalığı,
- Poliçenin ilk yılında ortaya çıkmış, benign ve malign (iyi yada kötü huylu) tümörler, kansere ait giderler ve her türlü tümöral kist, kitle, polip, lipom, nodül , ben ve benzeri oluşumun alınması, hiperplaziler,
- Siğil alınması, anorektal (Hemoroid, anal fissür, fistül, anal abse, vb.) ameliyatlar ve plonidal sinüs cerrahisi,
- Her türlü fitik (Disk fitiği, karın içi organ fitiği, vb.), omurga cerrahisi, rahim, yumurtalık, prostat, tiroid bezi, sistorektosel ve endometriozis ameliyatları,
- Safra kesesi, safra yolu ve üriner sistemin taşlı hastalıkları ve komplikasyonları,
- Varikosel, hidrosel, varis
- Meme hastalıkları,
- Kalp hastalıkları ve komplikasyonları, hipertansiyon,
- Katarakt, glokom, retinal deformiteler,
- Kaza hariç organ nakilleri,
- Kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, prostat hastalıkları,
- Bademcik, adenoit, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi,
- Menüsküs, diz bağ yırtığı ve benzeri her türlü diz cerrahisi,

6)TEMİNAT DIŞI HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. Maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonlarına ait sağlık giderleri de gerçekleşme nedeni ne olursa olsun sigorta teminatı dışındadır.

- 1) Sigortalıların beyan ettiği, poliçelerinde belirtilen ve kapsam dışı bırakılan hastalıklarına ve bu hastalıkların komplikasyonlarına ait giderler,
- 2) Sigortalı olunmadan önce olup beyan edilmemiş rahatsızlık ve hastalıklar ile bu hastalıkların devamlılıkları ile komplikasyonları,
- 3) Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık, sakatlıklar (genetik bozukluklar, doğumsal anomaliler), prematüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs.), gelişim bozuklukları (büyüme ve gelişme geriliği) ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi giderleri (genetik testler, kalça usg vb.)
- 4) Genetik hastalıklar ile genetik araştırmalar ve tedaviler,

- 5) Kordon Kanı alımı, saklaması ve Kordon Kanı bankasına ilişkin her tür giderler,
- 6) AIDS ve komplikasyonları ile HIV vürüsü enfeksiyonlarına bağlı tüm giderler, resmen ilan edilen salgın hastalıklar (kolera, sıtma vb.)
- 7) Kontrol amaçlı yapılan tetkik ve tedaviler,
- 8) 7 yaş altı çocuklarda göbük ve kasık fitıkları,
- 9) Alkol ve madde bağımlılığı tedavileri ile ilgili giderler, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu meydana gelen rahatsızlıklara ve kazalara ilişkin giderler,
- 10) Ehliyeti olmayan sigortalıların araç kullanırken kaza yapmaları sonucunda oluşan her türlü sağlık giderleri, motor kullanırken kaza yapılması sonucunda oluşacak her türlü sağlık gideri, kavgaya karışma, bilerek ve isteyerek kendine zarar verme sonucu oluşan tedaviler ile ilgili giderler vb.,
- 11) Organ ve kan naklinde vericiye ait giderler, organın ulaşım masrafları ve organ ücreti,
- 12) Mesleki hastalıklar ve mesleki sebepten kaynaklanan yaralanmalar,
- 13) Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları, jinekomasti; kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedaviler; poliçe dönemi öncesi oluşan düşme, çarpma, yanık, travma ya da hastalık sonucu oluşabilecek her çeşit estetik ve operasyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar(kondilom vs.),cinsel işlev bozuklukları,cinsiyet değiştirme ve her türlü sünnet,
- 14) Menopoz, osteoporoz,
- 15) Alternatif tedavi yöntemlerinin tamamı, bilimselliği kanıtlanmamış tedavi yöntemleri,
- 16) Kuduz, tetenez (bulaşma döneminde yapılanlar) ve T.C. Sağlık Bakanlığınca onaylanmış 0-6 yaş çocuk aşıları hariç diğer koruyucu hekimlik uygulamaları ve tedavileri,
- 17) Özel şartlarda tanımlanmış olmakla beraber poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller,
- 18) Allerjik hastalıkların teşhisine yönelik testler ve aşı tedavileri,
- 19) Poliçede belirtilen "Doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire) tarafından yapılan tedaviler ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
- 20) Tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj, spiral, tedavi amaçlı olsa dahi doğum kontrolü ile ilgili ilaç, araç, malzeme; İnfertilite ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması vb.), kalıcı doğum kontrol ameliyatları,
- 21) Yapılan tedaviyle doğrudan ilgisi bulunmayan, hastanede hasta yiyecekleri haricindeki yiyecekler, telefon ve bunlara benzer yapılan tüm ekstra harcamalar, suit oda farkı,
- 22) Rapor ile belgelenmiş kaza ve yanma sonucu tıbben gerekliliği tesbit edilenler hariç estetik cerrahi ve poliçe kapsamında değerlendirilen meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüktif ameliyatları ile yüz-dudak tümörleri ameliyatları defektlerinin onarımı hariç olmak üzere her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları ve aknenin tüm giderleri, yüzeysel varis tedavileri,
- 23) Tanı ve tedaviyle doğrudan ilişkisi olmayan, hiç bir semptomla bağılı olmaksızın yapılan işlemler,
- 24) Şaşılık ve görme tembelliği ile ilgili giderler,
- 25) Gözdeki kırılma kusuru cerrahisi ile konuşma ve ses terapisi,
- 26) Her türlü septum deviasyon ve konka cerrahisi, hallux valgus cerrahisi,
- 27) Horlama ve uyku apnesi nedeniyle yapılacak her türlü cerrahi girişim,

- 28) Her türlü omurga eğriliği,
- 29) Psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların teşhis, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler, ilaçlar, demansiyel sendromlar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar,
- 30) Şifalı kürler, çamur banyosu, kaplıca kürleri, jimnastik, masaj salonları ve zayıflama merkezlerine ait giderler, her türlü sabun, şampuan (tedavi amaçlı şampuan hariç), kozmetik ürünler, tatlandırıcı, kolonya, diş macunu, çocuk bezleri, çocuk mamaları, biberon, emzik,
- 31) Sağlık kurumlarından, hekimden kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat sonucunda ortaya çıkan komplikasyon sonucunda oluşan giderler,
- 32) Tehlikeli sayılacak her tür sportif faaliyetler (dalgalılık, binicilik, sürücülük, paraşütle atlama vb) ve profesyonel ya da amatör olarak yapılan her türlü müsabakalara hazırlık ve müsabaka esnasında meydana gelecek yaralanmalar ve sakatlanmalar,
- 33) Diş (trafik kazası sonucu oluşan diş tedavi hariç) ve çene rahatsızlıkları ile ilgili tüm giderler,(ilaç, muayene, röntgen, çene cerrahisine yönelik tetkik, tedavi ve komplikasyonları vb.)
- 34) Kılınma, saç dökülmesi, alopesi teşhis ve tedavisi, obesite, diyet teşhis ve tedavisi ile kilo alma amaçlı yapılan tedaviler,
- 35) Sigortalının sağlığını bozmadan hastane yatışı gerektirmeyen durumlarda, sigortalının hastaneye yatırılması sonucu oluşacak işlemler,
- 36) Sağlık Bakanlığı onaylı olmayan bütün ilaçlar ve ilaç kabul edilmeyen maddeler,
- 37) Reçetesiz, faturasız, küpürsüz alınan ilaç bedelleri ile faturasız diğer masraflar,
- 38) Alkol, nikotin ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma amaçlı her tür tedavi ve ilaç.

7)TEMİNATLAR

A.YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI

Yatarak tedavi, yapılan tetkik ve incelemeler sonucu, sigortalıların tedavi ve izleminin ancak hastanede ve hastane olanaklarına sahip sağlık kuruluşunda tek kişilik odada en az 24 saat yatarak mümkün olduğu durumları ifade eder. Sigortalıların gece yatmasını gerektirmeyen ancak Türk Tabipler Birliği (TTB) asgari ücret tarifesi'nde tek başına birimi 150 ya da daha yukarı olan cerrahî ve ortopedik müdahaleler ile her türlü acil durumu da bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Bu teminat dahilinde yapılan teşhis amaçlı tüm işlemler ile gözlem süresince yapılan işlemler ayakta tedavi teminat ve oranları dahilinde değerlendirilir. Yatarak tedavi kapsamındaki tüm teminatlar vaka başına 45 gün ile sınırlıdır. Ayrıca, sigorta kapsamında, bir sigorta yılı içinde teminat altına alınan hastanede

yatış süresi en fazla 180 gün olup, yoğun bakımda yatış süresi hastane yatış süresinin yarısı kadardır (90 gün). Toplam sigortalılık süresince, sigortalının hastanede yatarak göreceği tedavi giderleri en fazla 730 gün ile sınırlı olup yoğun bakım için ise bu sürenin yarısı geçerlidir (365 gün).

Anlaşmalı kuruluşlarda planlı yatıştan 72 saat önce ve Acil durumlarda ise 48 saat sonra Promed'in haberdar edilmesi ve Sigortacı dan onay alınması gerekmektedir.

Tetkik amaçlı yatışlar Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır. Ancak, ameliyat öncesi tetkikler (kan grubu vb.) ve acil durumlarda gerçekleştirilecek tetkik ve incelemeler Yatarak Tedavi Teminatı Kapsamında değerlendirilir. Verilen yatış onayının 7 gün içerisinde gerçekleştirilmesi ve poliçenin aktif olması gerekmektedir. Belirtilen süreden sonra hastanede yatarak tedavi görülmesi gerekiyorsa sigortalının ve sağlık kuruluşunun tekrar provizyon talebinde bulunması gerekmektedir.

B.Ameliyat Teminatı: Tedavinin cerrahi müdahale gerektirdiğinin doktor raporu ile belgelenmesi ve cerrahi müdahalenin sağlık kuruluşlarında yapılması kaydıyla, ameliyathane kullanım bedelini, ameliyat sırasında kullanılan malzeme ve ilaç giderlerini, kalp pili, kalp kapakçığı, operatör doktor ve ekibinin (Asistan ve anestezi uzmanı) ücretini kapsayan ameliyat giderleri, teminat tablosunda belirtilen limitler ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

Birden fazla ameliyatın aynı zamanda yapılması ve bu ameliyatlardan bazılarının sigorta kapsamına girmemesi halinde, kapsama girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili giderler karşılanmaz; kapsama giren ameliyat veya ameliyatlara ilgili giderler ise, söz konusu ameliyatın TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen biriminin, aynı zamanda yapılan ameliyatların toplam birimi içindeki ağırlığı oranında ödenir.

C.Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi: Ameliyat ya da yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra 60 gün içerisinde uygulanacak fizik tedavi giderleri poliçede belirtilmiş teminat ve limitler dahilinde karşılanmaktadır.

D.Suni Uzuv: Suni uzuv giderleri, poliçede belirtilen teminat, limit ve iştirak oranları dahilinde bu teminattan karşılanmaktadır. Göz kaybı nedeniyle takılacak takma göz bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir. Ancak, sigortalıda fonksiyon kaybı yaratmayan, psikolojik nedenlerle kullanılan protezler teminat dışıdır.

E.Hastane Tedavi (Küçük Müdahale): Ameliyat gerektirmeyen yatışlarda ve/veya sigortalının yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, kan ve kan plazması dahil gerekli malzeme, oksijen, anestezi, alçı ve dikiş

uygulaması, kullanılması hekimce gerekli görülen ortopedik destekleyici ve korse, bandaj, plaster, pansuman, enjeksiyon ve benzeri giderler ile Türk Tabipler Birliği (TTB) tarife kitapçığında 150 birime kadar olan küçük müdahaleler yatış olsun olmasın bu teminat

kapsamında poliçede yazılı limit ve oranı dahilinde vaka başına ödenir. Tanısal amaçlı tüm işlemler ile gözlem süresince yapılan işlemler ayakta tedavi teminat ve katılım oranları dahilinde değerlendirilir.

F.Yoğun Bakım: Sigortalının sağlık kuruluşlarında yoğun bakım ünitesinde yatışına neden olan her tam gün için poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları kapsamında yapılan ödemeleri içerir. Bir sigorta süresi içerisinde her bir vaka için en fazla 45 günlük yoğun bakım gideri karşılanmaktadır.

G.Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz: Yatışlı ya da ayakta yapılmış olmasına bakılmaksızın kanser vakalarının gerektirdiği kemoterapi, radyoterapi ve bu tedavi yöntemlerinin gerektirdiği ilaç giderleri ve böbrek yetmezliği sonucunda oluşacak her türlü diyaliz tedavilerini teminat limit ve oranları dahilinde kapsamaktadır.

H.Oda, Yemek, Hemşire: Hastanede yatırılan her tam gün için oda, yemek, hemşire hizmetlerine ait giderleri ifade etmektedir.

I.Refakatçi: 16 yaşından küçük sigortalıların yatışlı tedavilerinde refakatçi yemek ve yatak giderlerinin temin edildiği teminatı ifade etmektedir.

İ.Evde Bakım: Doktorun tıbben gerekli görmesi ve sigortalının hastanede yatışına neden olan sağlık sorununun devam eden tedavisi ile ilgili olmak şartıyla hastaneden çıkışını takiben ve yıllık 45 gün maksimum süre ile sigortalının kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçe özel şartları dahilinde bu teminattan ödenir. Anlaşmasız kurumlarda yapılan tedaviler için evde bakım teminatı kapsam dışıdır. Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için sigortalının veya sigortalıyı tedavi eden doktorun, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eşliğinde evde sürdürülmesi gerektiğini bir raporla sigortacıya bildirmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleşmeden önce sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

J.Acil Ulaşım: Özel ve Genel Şartlar çerçevesince tanımlanmış "Acil Durumlarda" en yakın sağlık kuruluşuna kara ambulansı ile Sigortacı'nın gerekli görüp onaylaması durumunda da hava ambulansı masrafları da bu teminattan karşılanmaktadır.

K.Kaza Sonucu Diş Tedavi: Sigortalının trafik kazası sonucu diş tedavisi ile ilgili giderleri, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Kaza sonucu meydana gelen diş rahatsızlıklarının tedavi giderlerinin ödenebilmesi için, sigortalının kazayı takip eden 60 gün içinde tedavisini yaptırmış olması gerekmektedir. Kaza sonucu diş tedavisi giderlerinin ödenebilmesi için, trafik kaza raporunun ve dişlerin hasar gördüğüne dair adli raporun fatura ile birlikte ibraz edilmesi gerekmektedir. Trafik kazası sonucu dişlerin uğradığı hasarların giderilmeleri dışındaki diş tedavilerine ait giderler ödenmez.

8)AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

A.Modern Teşhis Yöntemleri: Tıp Doktor'unun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü; tomografi, sintigrafi, MR, gastroskopi, sistoskopi vb. giderler ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç ve kimyasal madde ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

B.Tahlil – Röntgen Hizmetleri: Tıp Doktor'unun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü; tahlil, röntgen giderleri ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, kimyasal madde ücreti poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı doğrultusunda özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenir.

C.Ayakta Tedavi Teminatı Uygulaması: Ayakta tedavi teminatları içerisinde değerlendirilen Modern Teşhis Yöntemleri ve Tahlil – Röntgen hizmetleri teminatları tutar muafiyetli olarak karşılanmaktadır. Ayakta tedavilerde gerekli olan bu teminatlar; vaka başına poliçe sertifikasında belirtilen tutar sigortalının, aşan kısma ait tutarın tamamı sigortacı tarafından karşılanmaktadır.

9)FİBA SİGORTA SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Teminat Kapsamı

Madde 1- İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

Teminat Dışı Kalan Haller

Madde 2- Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,

b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,

c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,

d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,

e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,

f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,

h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

Madde 3 – Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.

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

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir .

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Madde 5- Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

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

a) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

b) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğü tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

Madde 7- Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür.

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

1- sözleşmeyi fesheder veya,

2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

Sigorta Priminin Ödenmesi, Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması ve Sigorta Ettirenin Temerrüdü

Madde 8-Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 30 gün içinde dahi ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırıldığı hallerde, bu bir aylık sürenin ilk 15 gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak sigorta ettirene bildirilir. Sigorta ettiren kimse, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ya da yazılı olarak kendisine bildirilmiş olan prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur. Rizikonun gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içerisinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.

Poliçenin ön yüzüne yazılması kaydıyla, rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir .

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

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9- A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

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

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

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

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

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

a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

C) Gerekli belgelerin teslimi

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

Masrafların Tesbiti

Madde 10- İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

Müşterek Sigorta

Madde 12- Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13- Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalı hakkında ğreneeği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14- Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

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

Yetkili Mahkeme

Madde 15- Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

Zaman Aşımı

Madde 16- Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

Özel şartlar

Madde 17- Polielere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.