

**NN**

Hayat ve Emeklilik

DESTEĞİN BİZDEN TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

Madde 1

Bu sigorta, sigortalının NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. tarafından belirlenmiş Anlaşmalı Kurum listesinde yer alan ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından sigorta süresi içinde, sigortalının ve/veya poliçede belirtilmiş olmaları kaydıyla sigorta ettiren/sigortalının aile bireylerinin hastalık ve/veya kaza halinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini poliçe özel ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak poliçe özel şartlarında belirlenmiş şartlara uygun, SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerlidir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar, poliçelerini aksi bir talep olmadıkça devam ettirebilir. Ancak sigortalı poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatı kullanılır hale gelir.

Sağlık poliçeleri bir yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'da başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı ile tahsil edilir. Havale seçeneği yalnız yıllık peşin ödemelerde yapılabilir. Taksitli poliçelerin vade ödemelerinde havale kabul edilmez.

TANIMLAR

Madde 2

POLİÇE

Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir.

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da yürürlüğe girer.

POLİÇE BİTİŞ TARİHİ

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12.00'da sona erer .

POLİÇE TANZİM TARİHİ

Sigortalının doldurmuş olduğu başvuru / yenileme formu doğrultusunda poliçenin düzenlendiği tarihtir.

POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

Poliçeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümlerin sigorta ettiren /sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, sigortacı tarafından hazırlanmış ürüne özel şartlardır.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır.

BİLGİLENDİRME FORMU

Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gereken forma Başvuru ve Bilgilendirme Formu denir. Bu form, sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun doldurulması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

SİGORTA ETTİREN

Sigortacı ile sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

SİGORTACI

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigorta ettiren/sigortalıya rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur.

SİGORTALI / SİGORTALILAR

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

ANLAŞMALI KURUM

ŞİRKET ile özel anlaşması bulunan ve SİRKET' in sözleşme yaptığı sigorta şirketi sigortalılarına bu anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Anlaşmalı kuruluşların isimleri NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'ye ait <https://www.nnhayatemeklilik.com.tr/> adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin Anlaşmalı Kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMASIZ KURUM

ŞİRKET ile özel anlaşması bulunmayan ve Anlaşmalı Kurum Listesinde yer almayan sağlık kurumlarıdır.

ŞİRKET

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında; kendisiyle sözleşme imzalamış Sigorta Şirketlerinin sigortalılarına almış oldukları ürün içerikleri doğrultusunda Anlaşmalı Kurumlardan sağlık hizmeti almalarını sağlayan kurumlardır.

PRİM

Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

İLAVE ÜCRETLER

İlave ücret 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. İlave ücretin alınmasına ilişkin hususlar ise Sağlık Uygulama Tebliği'nin 3.3. numaralı maddesinde açıklanmıştır. Buna göre; Kurumla 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 ücretlerdir.

KATILIM PAYI

5510 Sayılı kanun çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işlemlerinde ödenecek tutar.

LİMİT

Sigortacı'nın bu Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamını ifade eder. Sigortalı'nın belirtilen teminatından, Sigorta Poliçesi dönemi süresince kullanabileceği azami gider toplamıdır.

ÖNCE DEN VAR OLAN HASTALIK

Sigortalanma öncesinde var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/ tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlık ve bunlara bağlı olarak gelişen nüks ile komplikasyonlardır.

KOMPLİKASYON

Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

PROVİZYON ONAYI

Sigortacı'nın Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

DOĞUŞTAN GELEN HASTALIK

Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda şikâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

KRONİK HASTALIK

Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

MUAFİYET

Sağlık giderlerinde sigortacı tarafından karşılanmayacak olan sigortalının ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet bir tutar, teminatın başlama süresi ve/veya teminat yüzdesi olabilir ve plan dâhilindeki tüm sigortalılar için geçerlidir.

RİSK / RİZİKO

Sağlık sigortaları için risk, hastalık ve kazalar ile bunların ortaya çıkma ihtimalini artıran fiziksel durumlar, alışkanlıklar vb. koşullardır.

RÜCU

Sigortacının ödediği tedavi masraflarını, halefiyet uyarınca tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

TEMİNAT

Sigortacının sigortalıya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

SUT

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Kanun ve "Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayımlanan Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişilerin, SGK finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

DESTEĞİN BİZDEN TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI TEMİNATLARI

Madde 3

DESTEĞİN BİZDEN TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI, NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. 'nin ŞİRKET ile yaptığı sözleşmeye istinaden poliçe sahibi sigortalılarının, ŞİRKET'in SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile sözleşme/protokolü bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarından oluşturduğu Anlaşmalı Kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek ilave ücretlerin poliçe teminat, limit, katılım payı özel ve genel şartları doğrultusunda ödenmesini kapsar.

Ancak poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır. Poliçe teminat limit ve katılım payını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir .

Tedavinin acil olup olmamasına, kurumun Anlaşmalı veya Anlaşmasız olmasına bakılmaksızın anlaşmasız (staf olmayan, SGK anlaşması bulunmayan) doktor tarafından yapılacak işlemler için doktor ücreti bu poliçe kapsamında ödenmez.

İş bu poliçe için geçerli Anlaşmalı kurumlar üzerinde SİGORTACI' nın değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.nnhayatemeklilik.com.tr adresinde yer almaktadır.

3.1.Yatarak Tedavi*

Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi giderleri ile sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ve küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri yıllık poliçe limiti dahilinde ödenir.

Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Yatarak tedavi giderleri devam ederken poliçenin bitmesi ve yenilenmemesi durumunda ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması gerekmektedir. Ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir. Yatarak tedavi teminatı kapsamındaki sağlık giderleri, tüm anlaşmalı kurumlarda bir yıllık sigorta süresi içinde 180 gün ile sınırlıdır.

3.1.1. Evde Bakım Teminatı*

Sigortalı' nın Evde Bakım teminatından yararlanabilmesi için, trakeostomili, sık orotrekeal aspirasyon gereksinimi, enteral beslenme ihtiyacı, TPN / IV sıvı desteği ihtiyacı, ventilatör'e bağımlı olması ve solunum yetmezliği, ileri dönem onkoloji hastaları ve ağrı protokolünün uygulanıyor olması gereklidir. Sigortalı' yı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi halinde ve Sigortacı' nın onaylaması şartıyla, Sigortalı' nın Evde Bakım Tedavi organizasyonu ve oluşan masraflar poliçede belirtilen limitte ve 90 günle sınırlı olacak şekilde özel ve genel şartlara uygun olarak bu teminattan karşılanır. Kronik rahatsızlık sebebiyle ihtiyaç duyulan özel bakım masrafları bu teminat kapsamında değildir. (uygun diyet, yiyecek, kişisel hijyen vb.)

3.2.Ayakta Tedavi*

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Bu teminatın kullanılabilmesi için; sigortalının anlaşmalı kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması gerekmektedir. Ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

Ambulans hizmeti ve anlaşmalı kurumlar dışında yapılan her türlü harcama poliçe kapsamı dışındadır, ödeme yapılmaz.

3.3.Diğer Teminatlar*

Fizik Tedavi Teminatı: Hekim tarafından belirtilen fizik tedavi seansları ve rehabilitasyon giderleri yıllık poliçe limiti dahilinde ödenir.

Acil Müdahale: Teminat kapsamında olan bir rizikonun gerçekleşmesi neticesinde, sigortalıya ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı durumda hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilebileceği, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda anlaşmalı sağlık kurumlarında yapılan sağlık giderlerini kapsar.

* Başvuru formunda seçtiğiniz plana göre oluşturulan teminat tablonuz poliçe/sertifikanız üzerinde belirtilmektedir.

ACİL DURUMLAR LİSTESİ

Uluslararası 32 Parametre

1. Suda Boğulma
2. Trafik Kazası
3. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga, vb
4. İntihar Girişimi
5. Tecavüz
6. Yüksekten Düşme
7. Ciddi İş Kazaları, Uzuv Kopması
8. Elektrik Çarpması
9. Donma, Soğuk Çarpması
10. Isı Çarpması
11. Ciddi Yanıklar
12. Ciddi Göz Yaralanmaları
13. Zehirlenmeler
14. Ciddi Alerji, Anafilaktik Tablolar
15. Omurga ve Alt Extremitte Kırıkları
16. Dekompresyon (Dalğıç) Hastalığı
17. MI, Aritmi, Hipertansiyon Krizler
18. Astım Krizi, Akut Solunum Problemleri
19. Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum
20. Ani Felçler
21. Ciddi Genel Durum Bozukluğu
22. Yüksek Ateş: (39,5 +)
23. Diabetik ve Üremik Kanama
24. Genel Durum Bozukluğunun Eşlik Ettiği Dializ Hastalığı
25. Akut Batın
26. Akut Masif Kanamalar
27. Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi
28. Renal Kolik
29. Akut Psikotik Tablolar
30. Migren ve/veya Kusma, Şuur Kaybıyla Beraber olan Baş ağrıları
31. Yeni Doğan Komaları
32. Başlamış Doğum Faaliyeti (Su Kesesinin Boşalması)

BEKLEME SÜRELERİ

Madde 4

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

1. Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel.

2. Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemler,
3. Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, tonsillit , geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi,
4. Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
5. Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
6. Göz hastalıkları (katarakt, göz tansiyonu, vb...)
7. Tiroit hastalıkları, bademcik iltihabı, geniz eti, sinüzit, orta kulak ameliyatı,
8. Mide, sindirim kanalı, bağırsak hastalıkları (anorektal hastalıklar dahil), pilonidal sinüs
9. Karaciğer hastalıkları, safra yolu hastalıkları

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 5

Aşağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak sigorta teminatı dışında tutulmuştur. Sigortacı bunlardan dolayı yükümlülük altına giremez.

1. Beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
3. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlara yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
4. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri ile 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
5. Ambulans ücretleri (şehir içi ve şehir dışı dahil)
6. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
7. Gözlük cam, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık, görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,
8. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontras maddeler, malzeme masrafları, yurtdışında gerçekleşen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, ortopedik ayakkabı, tabanlık, koltuk değneği, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, buz kesesi v.b. her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderler, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar ,diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.,
9. Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları vb. özel harcamalar,
10. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri ile poliçe/sertifika üzerine yer alan teminat tablosunda aksi belirtilmediği sürece her türlü sünnet (fimosiz dahil) ile ilgili tüm giderler,
11. Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri,
12. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim, plastik cerrahi ameliyatları (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç); burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme, telegiektazi, cilt hemangiomları, vitiligo, keloid, ksantelasma, skin tags, yüzeysel varis tedavileri, terleme tedavisi, jinekoma; poliçe öcesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık

- ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her türlü estetik ve plastik operasyonlar,
13. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
 14. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
 15. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar,
 16. Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,
 17. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
 18. HIV pozitifliği ve HIV'in sebep olacağı AIDS, HIV virüsünün neden olabileceği tüm hastalıklar, Genital kondilom, Genital siğil, Genital herpes, Sifiliz, Gonore, Trikomoniasis ile ilgili olan her türlü test, tahlil ve tedavi masrafları,
 19. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerları) Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler Amerikan FDA (Food and Drug Administration) Kurumu tarafından onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri, Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri, Ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli işyeri ve çalışan taramaları, doktorların talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skrolama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli,
 20. Profesyonel, amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden doğan masraflar (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçma, ata binme, kayak yapma, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma, vb.),
 21. Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler,
 22. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozuluklar),
 23. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.),

COĞRAFİ KAPSAM

Madde 6

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. Anlaşmalı Kurumlarında, poliçe özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri (KKTC dahil) poliçe teminat kapsamında değildir.

SİGORTAYA KABUL

Madde 7

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikâmet eden SGK kapsamındaki kişiler sigortaya kabul edilirler. Bu sigorta, 15 günü tamamlamış bebekler ile 59 yaş arasında kişileri teminat altına alır. Sigortaya 59 yaşından önce kabul edilmesi koşulu ile 70 yaşına kadar sigortalanabilir.

18 yaşından küçük çocuklar sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması ve aynı poliçe kapsamında olduğu aile poliçesinde sigorta teminatına dâhil edilirler. Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş 25 yaşından küçük çocukları SGK kabul kriterleri baz alınarak sigorta teminatına dâhil edilebilirler.

Sigorta kapsamına kabulde, NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'nin risk analizi değerlendirme sonucuna göre kişiyi sigortaya kabul edip etmeme, hakkı saklıdır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey ilavesi taleplerinde poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak sigortacının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır.

TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Madde 8

NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilecektir.

Sigortalı'nın şirketten provizyon onayı almayıp, kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi sonucu sigortalı için hizmet alınan sağlık kurumuna tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.' ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakta yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

Madde 9

Sigorta Şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER' e iş bu Sigorta Poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerini ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, iş bu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında şirketçe alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler v.b.) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiş sayılmaktadır.

PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Madde 10

NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. DESTEĞİN BİZDEN TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI fiyatlarını birey bazında, yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat yapısı, teminat limiti ve sağlık giderlerinin kullanılacağı il, komisyon oranı, enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

Sigorta Ettirenin Poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Madde 11

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ve Türkiye’de çalışan SGK kapsamındaki yabancı uyruklular için geçerli olacaktır. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihi ile doğum gün/ay/yıl olarak hesaplanır.

Yeni doğan bebekler doğum tarihi itibarıyla 15.gün risk analizi değerlendirmesi yapılarak sigorta ettirenin 18 yaşından büyük ve aynı poliçede sigortalı olması durumunda aile poliçesine eklenerek sigortalıdır. 0-17 yaş çocuklar tek başına sigortalanamaz.

Tüm aile bireylerinin sigortalı olması durumunda %10 oranında Aile indirim uygulanır.

SİGORTANIN YENİLENMESİ

Madde 12

Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Sigortacının risk değerlendirmesi yapma hakkı saklıdır. Risk değerlendirmesi akabinde, sigortacı sigorta sözleşmesini aynı koşullarla yenileme, değişiklik yaparak yenileme yahut yenilememe hakkını saklı tutar.

Sigortacının, sigortalıdan sağlık durumunun tespiti için doktor muayenesi ve ek tetkikler talep etmesi halinde, bahse konu işlemlere ilişkin masraflar sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaştırılmasıyla Sigortacı tarafından, aksi durumunda ise sigortalı/sigorta ettiren tarafından karşılanır.

Sigortacı risk değerlendirme sonucunda ve/veya Hasar/Prim oranlarına poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Sigortalı, vadesi dolan sağlık sigortası poliçesini, poliçe bitiş tarihini takiben 30 gün içinde yenilemelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalı olarak kabul edilir.

PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Madde 13

Sigorta ettiren, sigorta primini peşin veya taksitle ödeme kararlaştırdıktan sonra; peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir .
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hâle gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/ sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin 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 işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettirenin 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 işleme 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 Ettirene yapılır.

DİĞER SİGORTA ŞİRKETLERİNDEN GEÇİŞ

Madde 14

Diğer sigorta şirketlerinde sigortalı iken o şirketteki poliçesini yenilemeyip aynı zamanda 30 günden fazla süre ara vermeden yeni dönemde NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'ye ait bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmak isteyen kişilerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş sigortalılık bilgileri incelenerek, uygun görülen sigortalılar önceki sigorta şirketlerindeki hakları, devralınarak sigortalanabileceklerdir.

Bu kişiler NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'ye ait sigorta başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan hastalıkları kapsam dışı bırakılarak ve/veya bu hastalıklar için ek prim alınarak sigortalanabileceklerdir. Sigortacı, sigortalı adaylarının geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek hak edilmiş olan hasarsızlık indirimini uygulayabilir, tamamlayıcı sağlık sigortası ürününe ait Özel Şartları ve NN Hayat ve Emeklilik'in teknik ve tıbbi risk değerlendirme kuralları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir. Yenileme garantisi ya da ÖBYG devri ile geçiş yapılamamaktadır. Geçiş yapacak olacak kişilerin 15 günü tamamlamış bebekler ile 59 yaş arasındaki kişiler olması koşulu aranacaktır.