NN Hayat ve Emeklilik

BİR ARADA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

Madde 1
NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. poliçede/zeyilnamede belirtilen Sigortalı/Sigortalıların poliçede/zeyilnamede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe/zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, katılım oranları ve özel şartlar dahilinde, Türk Ticaret Kanunu Genel hükümleri, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

Bu sigorta, aynı zamanda sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini sadece NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

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.

Sigortacı'nın 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

ANLAŞMALI KURUM
ŞİRKET ile özel anlaşması bulunan ve Şirket'in sözleşme yaptığı sigorta şirketi Sigortalılar'ına 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.

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 Ettiren'i, Sigortalı'yı 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, Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

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

HASAR/PRİM ORANI
"Hasar/Prim Oranı" Sigortalı olduğunuz yıl içinde poliçenizden karşıladığınız sağlık harcamalarınızın, Sigortalı olduğunuz yıl poliçeniz için ödediğiniz prime oranıdır.

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.

İSTİSNA
Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) Sigortacının değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

KATILIM PAYI
5510 sayılı kanun çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık Sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işlemlerinde ödenecek tutar.

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

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

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.

MUACCEL OLMAK
Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

MUAFİYET
Sağlık giderlerinde Sigortacı tarafından karşılanmayacak olan Sigortalı'nın ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet bir tutar, teminatın başlama süresi ve/veya teminat yüzdesi olabilir ve plan dâhilindeki tüm Sigortalılar için geçerlidir.

ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ
Madde 13 altında belirtilen şartlarla poliçenin ömür boyu yenilenmesi anlamına gelir.

ÖNCEDEN 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.

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

POLİÇE
Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortanın 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
Sigortalı'nın 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.

PRİM
Sigortacı'nın sözleşme ile Sigortalı'ya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere Sigorta Ettiren'den aldığı ücrettir.

PROVİZYON/E-PROVİZYON
Poliçede tercih edilmiş Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavilerin karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme, sağlık giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olması şartıyla geçerlidir.

Tazminat talebi sırasında verilen provizyon/e-provizyon son onay olmamakla beraber, Sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. İleriye yönelik alınacak olan provizyon/e-provizyonlarda Poliçe Özel ve Genel Şartları'nda yer alan hakların kullanılabilmesi için tahakkuk tarihi esas alınır.

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

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

RÜCU
Sigortacı'nın ödediği tedavi masraflarını, halefiyet uyarınca tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

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

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

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

SİGORTACI
Sigorta Ettiren tarafından ödenen prim karşılığında Sigorta Ettiren/ Sigortalı'ya rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur.

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

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI İLETİŞİM BİLGİSİ
Poliçede yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalı'ya ait, ev ve/veya iş adresleri, ev, iş ve/veya cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

SONRADAN ÖDEME
Provizyon/e-provizyon alınmaksızın sağlık giderinin Sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna daha sonra sağlık giderine ait fatura, "Sağlık Giderleri Talep Formu" ve Özel Şartların "Tazminat Ödemeleri" maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Sigortacı'ya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın Sigortalı'nın hesabına ödenmesidir.

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.

ŞİRKET
Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında; kendisiyle sözleşme imzalamış Sigorta Şirketleri'nin, Sigortalılar'ına almış oldukları ürün içerikleri doğrultusunda Anlaşmalı Kurumlardan sağlık hizmeti almalarını sağlayan kurumlardır.

TAZMİNAT
Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından değerlendirilerek onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

TEMİNAT
Sigortacı'nın Sigortalı'ya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

BİR ARADA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI TEMİNATLARI
Madde 3

Satın almış olduğunuz ürün kapsamı, poliçede yazılı olan limit, iştirak oranı ve teminatlar dahilinde geçerlidir. Poliçe başlangıcı sırasında satın alınan ürün poliçe yılı içerisinde değiştirilemez. Yenileme dönemlerinde de ürün değişikliğine yönelik talepler sigorta şirketinin görüşleri doğrultusunda değerlendirilir.

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

Gebelik ve doğum ile ilgili her türlü sağlık gideri ve komplikasyonları ve yeni doğan bebek masrafları teminat tablosunda yer almadıkça kapsam dışıdır.

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

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 anjiografi giderleri ile Sigortalı'nın 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.

Yatarak tedavi teminatında başvurulan sağlık kurumunun hem özel sağlık hem tamamlayıcı anlaşması mevcut ise öncelikle tamamlayıcı tarifeden işlem yapılır.

3.1.1.`Tamamlayıcı Sağlık' Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında SGK ile gerçekleşecek yatarak tedavi işlemleri

Bu teminatın kullanılabilmesi için; Sigortalı'nın 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. Anlaşmalı Kurum bulunmayan illerde Yatarak Tedavi 20.000 TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 4 SUT olarak ödenir.

3.1.2. Özel Sağlık Sigortası Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşecek yatarak tedavi işlemleri

Sigortalının bir ameliyat veya bir hastalığın tedavisi nedeniyle hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan ameliyat giderleri (ameliyathane içinde gerçekleşen giderler; ameliyathane kirası, operatör doktor, asistan, ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, anestezist doktor ücretleri ile ameliyat esnasında kullanılan sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme giderleri) ile ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı, plaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan ürünleri takılması gibi masraflar; doktor takip ve konsültasyon masrafları; hastanede yatan sigortalının hastalığının takibi ve doktorun öngördüğü tedaviyi yönlendirici tetkikleri, tahlil, röntgen masrafları, standart tek kişilik özel oda, yemek ve refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Yurtiçindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında hastanenin kadrolu hekimleri tarafından yürütülen yatarak tedavi giderleri (Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz, Küçük Müdahale) poliçe kapsamındadır.

Doktor muayeneleri veya ameliyathane ruhsatı olmayan sağlık kurumlarında yapılan işlemler Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilmemektedir.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunlardan birinin veya birkaçının teminat kapsamına girmemesi halinde, teminat kapsamına girmeyen ameliyat ile ilgili hiçbir masraf ödenmemektedir. Ödenmeyecek tutar, T.T.B.A.Ü.T. puanları esas alınarak ağırlıklı olarak hesaplanır ve toplam faturadan düşülerek tazminat ödenir. Bir sigortalılık yılı süresince yatarak tedavi teminatının geçerli olduğu süre 180 gündür.

3.1.3. Yoğun Bakım*

Yoğun bakım teminatı, sigortalının tedavisinin yoğun bakım ünitesinde sürdürülmesi gereken hallerde meydana gelen yoğun bakım yatışlarını kapsar. Bünyelerinde yoğun bakım ünitesi bulunduran hastane ya da kliniklerde yatar hasta olarak bulunan sigortalının yoğun bakım ünitesinde geçirdiği süre içinde yapılan her türlü ameliyat, cerrahi müdahale, tanı ve tetkik amaçlı yapılan her türlü girişim, doktorluk ücretleri ve masraflar bu teminattan karşılanır. Yoğun bakım teminatı yıllık 90 gün ile sınırlıdır.

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

3.1.4. Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz*

Sigortalının kanser hastalığı nedeniyle gereken kemoterapi, radyoterapi ve bu tedavi yöntemlerinin gerektirdiği ilaç giderleri ile böbrek yetmezliği nedeniyle yapılan her türlü diyaliz tedavileri bu teminat kapsamındadır. Kemoterapi öncesi kemoterapiye hazırlık amacıyla yapılan onkolojik muayene ve kan tahlilleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.5.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; Sigortalı'nın 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. Ayakta tedaviler kapsamında sadece doktor muayene tek başına kullanılabilir. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır. Ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir. Anlaşmalı Kurum bulunmayan illerde Ayakta Tedavi 2.000TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 4 SUT olarak ödenir.

3.3. Diğer Teminatlar*

Fizik Tedavi Teminatı: Hekim tarafından belirtilen fizik tedavi seansları ve rehabilitasyon giderleri ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın yıllık poliçe limiti dahilinde ödenir ancak bu halde fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri(yatarak tedavi bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi)karşılanmaz. Bu teminatın kullanılabilmesi için ayakta tedavi teminatlı sigorta planının alınmış olması gerekir. Anlaşmalı kurum bulunmayan illerde işlem başına 4SUT ve poliçenizde belirtilen limit dahilinde ödenir. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

Acil Müdahale: Teminat kapsamında olan bir rizikonun gerçekleşmesi neticesinde, Sigortalı'ya 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.

Ambulans hizmeti ve anlaşmalı kurumlar dışında yapılan her türlü harcama poliçe kapsamı dışındadır, ödeme yapılmaz. (Özel şartlarda belirlenen ayrık durumlar saklıdır)

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

* 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, Bıçaklama, 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, Anaflaktik Tablolar
15. Omurga ve Alt Extremite Kırıkları
16. Dekompresyon (Dalgıç) 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, her türlü kronik hastalıklar((hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım vb.) kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel, tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar(multiple skleroz, romatoid artrit vb.)
2. Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ hastalıkları 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 ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, tonsillit , geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi,
4. Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, bartholin kistleri, her türlü kist ve türmörler, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
5. Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
6. Göz hastalıkları (katarakt, göz tansiyonu, kerotoplasti, retina hastalıkları vb.)

7. Tiroid hastalıkları, bademcik iltihabı, geniz eti, sinüzit, orta kulak ameliyatı, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması,sinüs cerrahisi.
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, Sigortalı'nın poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası teminatlarının geçerli olacağı sağlık kurumlarında 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 kurumlarla 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. Yeşil alan uygulaması dahil ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontras maddeler, malzeme masrafları, yurt dışında 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 (fizik tedavi hariç), 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-protez, peyroni 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 (fimozis dahil) ile ilgili tüm giderler,
11. Dünya Sağlık Örgütü ve 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, telenjiektazi, cilt hemangiomları, vitiligo, keloid, ksantelasma, skin tags, yüzeyel varis tedavileri, terleme tedavisi, jinekomasti, poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her türlü estetik ve plastik operasyonlar, poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi pes planus ve halluks valgusa yönelik yapılan tüm işlemler,
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,

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

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, kavgaya karışma ve 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 kiraları 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, diyetisyen, 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 skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, 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 ve elektrikli bisiklet, takma motorlu bisiklet kullanma, vb.), profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
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 bozukluklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler),
23. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunoileostomi, barsak kısaltılması, obezite tanı ve tedavisi vb.),
24. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Kurumlarla yapılan protokol dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme ve ilaç, mama, tatlandırıcı, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm probları, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcılı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları emzik gibi sıhhi malzemeler,
25. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider(fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

26. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP(Platelet Rich Plasma-Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
27. Ses ve konuşma terapileri,

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. Yurt dışı 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 Ettiren'in 18 yaşından büyük olması ve aynı poliçe kapsamında olduğu aile poliçesinde sigorta teminatına dâhil edilirler. Talep edilmesi durumunda, Sigortalı'nın 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 Sigortacı'nın 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 sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

8.1.Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi
Bu uygulama yalnız Tamamlayıcı Sağlık uygulamalarında geçerli olacaktır. Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi, Sigortalı'nın, detayları aşağıdaki maddelerde yazılı bilgi ve belgeleri eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaştırmasını takiben Poliçe Özel Şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları, Genel Sağlık Sigortası Genel Şartlar ve Türk Ticaret Kanunu (TTK)'nda öngörülen süreler içerisinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

• Sağlık giderinin, önce Sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ödenmesi durumunda, Sigortalı'nın bu giderlerini "Sağlık Giderleri Talep Formu" ekinde talep etmesi gerekmektedir.

• Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, anlaşma harici sağlık kurumları ile ilgili giderler bu kapsamda değerlendirilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya Sigortalı'nın bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.

• Sağlık giderinin ait olduğu Sigortalı adına düzenlenmiş, Sağlık Giderleri Talep Formu'nun ekinde;

a. SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (örnek: E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü). Tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.

b. Fatura veya faturanın alınamadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.

c. Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.

d. Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet(Sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. tüm belgelerin asılları bulundurulmalıdır.

Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'yı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir.

RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME
Madde 9

Sigorta Şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, SAGMER'e iş bu Sigorta Poliçesi'ndeki 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. BİR ARADA 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 Ettiren'in 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 ve evlat edinmelerde doğum ve evlat edinme tarihi itibariyle 15.gün risk analizi değerlendirmesi yapılarak Sigorta Ettiren'in 18 yaşından büyük ve aynı poliçede Sigortalı olması durumunda aile poliçesine eklenerek sigortalanır. 0-17 yaş çocuklar tek başına sigortalanamaz.

Aile üyelerinin poliçe başlangıç tarihinden sonra dahil edilmesi ilk iki ay içinde mümkündür. Bunun dışında sadece evlilik, yeni doğum ya da evlat edinme olması koşulu ile ve evlilik, doğum ya da evlat edinmeden sonra ancak ilk iki ay içerisinde aile cüzdanı ve/veya doğum belgesi, evlat edinme

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

belgelerinin iletilmesi sureti ile aile poliçesine dahil edilmesi mümkündür. Aksi takdirde bir sonraki yıl poliçeye dahil edilir. Primler her bir birey için ayrı hesaplanır. Tüm aile bireylerinin sigortalanması durumunda %10 oranında Aile indirim uygulanır.

POLİÇENİN YENİLENMESİ
Madde 12

Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Sigortacı'nın yaş, sağlık geçmişi, hasar/prim oranı, sağlık beyanı soruları, tazminat kullanımları gibi veriler üzerinden risk değerlendirmesi yapma hakkı saklıdır.

Sigortacı'nın, risk değerlendirmesi sırasında Sigortalı'dan sağlık durumunun tespiti için doktor muayenesi ve ek tetkikler talep etmesi halinde, Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaşılır olması kaydıyla bahse konu işlemlere ilişkin masraflar Sigortacı tarafından, aksi durumunda ise Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından karşılanır.

Sigortacı risk değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna ve/veya indirim, ek prim ya da limitlendirme 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 sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir.

Yenileme primlerinin belirlenmesi sırasında; Sigortalı'nın yaşı, yaşadığı şehir, medikal enflasyon; Sigortalı öznelinde genel kriterlere ek olarak, Sigortalı'nın hasar/prim oranı, geçmiş sağlık bilgileri, seçtiği anlaşmalı kurum ağı gibi kriterler dikkate alınır.

İndirim/Ekprim Tablosu*								
Hasar/Prim Aralığı %	1. Kademe	2. Kademe	3. Kademe	4. Kademe	5. Kademe	6. Kademe	7. Kademe	8. Kademe
	0%	21%	41%	51%	101%	151%	201%	300%
	20%	40%	50%	100%	150%	200%	300%	~~
İndirim/ Ekprim	-15.0%	-7.5%	-5.0%	-1.5%	13.0%	65.0%	90.0%	120.0%

***Hasar/Prim oranına göre uygulanacak indirim/ekprim tablosu

Sigortacının risk değerlendirme sonucunda poliçeye uygulayacağı istisna, indirim, ek prim, limitlendirme veya katılım payı uygulamasına ek olarak; limitlendirme, istisna ve/veya ek prim uygulaması için 10 hastalık için değerlendirme yapılır.

1. Her türlü kanser ve tümörler
2. Şeker hastalığı
3. Organ yetmezlikleri, organ nakilleri
4. Romatizmal hastalıklar
5. Omurga hastalıkları
6. İnme
7. Kardiyovasküler ve damar hastalıkları (hipertansiyon)
8. Kan hastalıkları
9. Beyin ve sinir sistemi hastalıkları
10. Alzheimer ve Parkinson

ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ ("ÖBYG")
Madde 13

13.1.Ömür Boyu Yenileme Garantisi
Sigortacı, Sigortalı'nın kesintisiz olarak NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'te 3 yıl boyunca Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Bir Arada ürünü ile sigortaya devam etmesi, 57 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış olması ve son üç yıl Hasar/Prim oranı ortalamasının %100'ün altında olması şartıyla, Sigortalı'nın sigorta

tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarının Sigortacı'ya bildirmiş olduğu varsayımıyla Sigortacı tarafından mevcut sağlık durumu, sigorta poliçesi kullanım durumu, tercih ettiği anlaşmalı sağlık ağı ve mevcut istisnaları çerçevesinde yapılacak değerlendirme akabinde uygun bulunan Sigortalılara, Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında ÖBYG verir.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

- Herhangi bir ek prim, limit veya istisna uygulamadan Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında ÖBYG verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut limit, istisna ve/veya hastalık ek primleri tekrar değerlendirebilir,
- Poliçeniz kapsamında ÖBYG hakkını kazanma tarihinden önce yine poliçe kapsamında oluşmuş riskler (tedavi ve hastalık gibi) değerlendirilerek, gerekirse belli hastalık/tedaviler için ek prim uygulanabilir ya da bu hastalık/tedaviler kapsam dışı bırakılmak sureti ile ÖBYG hakkı verilebilir.
- ÖBYG vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir ve daha sonraki bir dönemde ÖBYG verebilir.
- Bu değerlendirmeyi yaparken Sigortalı'nın ilk sözleşme tarihinde geçerli olan özel şartlar ile ÖBYG'ye ilişkin bilgiler dikkate alınır. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan Sigortalı aleyhine değiştirilemez.
- Sigortalı/Sigorta Ettiren talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, Sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında Sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.
- ÖBYG bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.

Ancak Sigortacı'ya poliçe öncesi ve poliçe sürecince maruz kaldığı tüm hastalık/rahatsızlıklarına ilişkin herhangi bir bildirim yapılmaması durumunda ÖBYG değerlendirmesi işbu özel şartların "Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi" maddesi kapsamında yapılır.

Sigortacı, Sigortalı "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkını kazanana kadar, her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna, limit, muafiyet ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Tüm değerlendirmeler sırasında, Sigortacı'nın, Sigortalı'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimi isteme veya Sigortalı'yı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, Sigortalı'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaşılır olması kaydıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından karşılanır.

ÖBYG hakkı kazanmış Sigortalılar'ın yenileme primlerinin belirlenmesi sırasında; Sigortalı'nın yaşı, yaşadığı şehir, medikal enflasyon kriterleri dikkate alınır.

ÖBYG, kişiye özel olup bu hakkı kazanmış Sigortalı'ya aittir. Bu hakkı kazanan Sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir.

13.2.Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişlerdeki Uygulamalar

Diğer sigorta şirketlerinde Sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek 30 günden fazla süre ara vermeden yeni dönemde NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'te bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak isteyen 57 yaşından küçük kişilerin sağlık beyanları ve önceki sigorta şirketinden gönderilen geçmiş Sigortalılık bilgileri incelenerek, uygun görülen Sigortalılar önceki sigorta şirketlerindeki yenileme garantisi hakları, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi olarak devralınarak sigortalanabileceklerdir.

Diğer sigorta şirketlerinde en az tam bir yıl Sigortalı iken o şirketteki poliçelerini yenilemeyerek 30 günden fazla süre ara vermeden yeni dönemde NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'te bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak isteyen 57 yaşından küçük kişilerden yenileme garantisi hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinde yenileme garantisi verilmeyen kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'deki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Bu Sigortalılardan 2. senelerinin sonunda son 2 yıl Hasar/Prim oranı

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

ortalaması %100'ün altında olanlara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi verilecektir. 2. senelerinin sonunda Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi alamayan bu Sigortalılar'ın bir sonraki yıl Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmeleri yapılırken son 2 senelerindeki Hasar/Prim oranı ortalamasına bakılarak değerlendirme yapılacaktır.

13.3.Şirketimizdeki Kurumsal Poliçelerden Bireysel Poliçelere Geçiş
Şirketimizde kurumsal Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında olup, işten ayrılma, emeklilik veya grubun Şirketimizle yaptığı sözleşmenin sona ermesi durumunda bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe başvurusu yapan kişiler için, herhangi bir sağlık sigortası Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olup olmadığı da dikkate alınarak, tıbbi risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için limit ve muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir. Bazı ameliyatlar için geçerli olan 3 aylık bekleme süresi ise kurumsal özel sağlık ya da kurumsal tamamlayıcı sağlık poliçesinde 3 ayını tamamlayan Sigortalılar için uygulanmamaktadır.

PLAN DEĞİŞİKLİĞİ
Madde 14

Sigortalı'nın poliçe yenileme dönemlerinde teminat yapıları ve limitleri farklı bir ürüne geçişi ya da ürünün geçerli olduğu anlaşmalı kurum ağını değiştirme talebi Sigortacı'nın bu durumu onaylaması koşuluna bağlıdır Daha yüksek teminatlı bir ürüne geçiş taleplerinde, Şirketimiz yeni bir sağlık beyanı isteme hakkına sahiptir.

Poliçe başlangıcı sırasında satın alınan ürün poliçe yılı içerisinde değiştirilemez. Yenileme dönemlerinde de ürün değişikliğine yönelik talepler sigorta şirketinin görüşleri doğrultusunda değerlendirilir.

POLİÇE ŞARTLARINDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI
Madde 15

Sigortacı, Poliçe Özel Şartlarını ve poliçenin kapsamını poliçenin yenileme tarihinde değiştirmekte serbesttir. Poliçe dönemi içerisinde Sağlık Uygulama Tebliği'nde söz konusu olabilecek değişiklikler poliçeye güncel olarak yansıtılabilecektir.

PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL
Madde 16

Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksidinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. Primin tamamı veya primin ilk taksiti ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi, Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. Primin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde, vadesinde ödeme yapılmaması durumunda poliçe teminatı durdurulur. 30 gün sonunda borç halen ödenmediyse, Sigortacı, Sigorta Ettiren'e 10 günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi halde süre sonunda poliçenin iptal edileceğini ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.

Sigortalı'nın/Sigorta Ettiren'in poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak Sigorta Ettiren'e iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası Sigorta Ettiren'e iade edilir.

İptal nedeniyle Sigorta Ettiren'e iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır.

- Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, Sigorta Ettiren'in ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek Sigorta Ettiren'e iade edilir.
- Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek Sigorta Ettiren'e iade edilir.
- Sigortalı'ya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın 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 Ettiren'in vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan Sigortalı/ Sigortalılar'ın farklı olması ve Sigortalılar'ın Sigorta Ettiren'i değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta Ettiren'in kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı'ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda Sigorta Ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettiren'in Sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta Ettiren'in 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 Sigortalı'nın poliçeden vefat tarihi itibariyle çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettiren'e yapılır.

DİĞER SİGORTA ŞİRKETLERİNDEN GEÇİŞ
Madde 17

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 limit, istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir. Geçiş yapacak olacak kişilerin 15 günü tamamlamış bebekler ile 59 yaş arasındaki kişiler olması koşulu aranacaktır. Ayrıca diğer sigorta şirketlerinin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinden ya da NN HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'nin Tamamlayıcı Sağlık poliçesinden bu ürüne geçişlerde Anlaşmalı Kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşması olmayan özel hastanelerde yapılacak yatarak tedaviler için Madde 4'te yer alan bekleme süresi uygulanacaktır. Diğer sigorta şirketlerinin Özel Sağlık Sigortası poliçesinden bu ürüne geçişler için risk değerlendirmesi yapılacak ancak bekleme süresi uygulanmayacaktır.

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

İLAVE BİLGİLER
Madde 18

18.1.Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini
Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, Sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

18.2. Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi
Sigorta Ettiren ve Sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse Sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki bildiği ve bilmesi gereken tüm hususları ve değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın, başvuru aşamasındaki beyanlarının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu veya bilmesi gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/rahatsızlıkları, tekrar teminat kapsamına almak üzere değerlendirmez.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki Sigortalılar'ın sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer Sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, sigortaya giriş kriterlerine uyulmaması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve ÖBYG olsa dahi poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabileceği gibi Türk Ceza Kanunu ile 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

Bu kapsamda Sigortacı tarafından, ÖBGY için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında Sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, ÖBYG tekrar değerlendirme, hastalık ek primi, limit ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Bir Arada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlar / (Fert/R)/Rev00 / Haziran 2021
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019