

ÜRÜN KİTAPÇIKLARI

804 TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

Son Güncellenme Tarihi: 22.04.2022



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÜRÜN KİTAPÇIĞI

BÖLÜM I. AÇIKLAMALAR, TEMİNATLAR VE AVANTAJLAR

Sompo Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; sigorta süresi içinde poliçede belirtilen sigortalıların hastalık ve/veya kaza halinde gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık harcamalarına ilişkin güvence sağlayan sigorta ürünüdür.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Sompo Sigorta ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından alınacak sağlık hizmetleri için ödenecek fark ücretlerini, ürün Özel ve Genel Şartları doğrultusunda teminat kapsamına alan bir üründür.

İhtiyaca göre; “Yatarak Tedavi” planına ek olarak, “Ayakta Tedavi” teminatı seçilebilmektedir.

- Ameliyat
- Hastane Yatış
- Küçük Müdahale
- Yoğun Bakım
- Kemoterapi
- Radyoterapi
- Diyaliz
- Koroner Anjiyografi
- Standart Tek Kişilik Özel Oda, Yemek Ve Bir Adet Refakatçi Giderleri
- Hastanede Gündelik Yatış Tazminatı
- Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi
- Ayakta Tedavi (Doktor Muayene, Laboratuvar, Radyoloji, İleri Tanı Yöntemleri, Fizik Tedavi)



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

Ek Hizmetler

TSS ürünü kapsamındaki planların herhangi biri seçildiğinde, aşağıdaki hizmetlerden faydalanılması mümkün olacaktır.

- Ambulans Koordinasyon Hizmeti
- Diş Tedavi Paketi
- Somp Sigorta Sağlık Danışma Hattı 0850 2500 757(SJS)

Avantajlar;

- İhtiyaca uygun olarak “Yatarak Tedavi” ya da “Yatarak-Ayakta Tedavi” planları seçilebilmektedir. Uygun primlerle, SGK ve Somp Sigorta ile anlaşması olan özel sağlık kuruluşlarında hizmet alma imkanı sunulur.
- Sigortalı başına 10 müracaat adedi ile en geniş ayakta tedavi teminatı kapsamı SJS Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünü ile sunulmaktadır.
- Tamamlayıcı Sağlık ürünümüzde; 3 network alternatifi sunulmakta olup, sigortalı poliçesinde geçerli olmasını istediği anlaşmalı kuruluşları seçme şansına sahiptir. Seçimleri doğrultusunda; daha rekabetçi fiyatlarla hizmet alma avantajından faydalanabilir.
- Somp Sigorta farkıyla, özel hastanelerde yatış masrafları farkı karşılandığı gibi, üzerine kişiye destek için nakit para ödenmektedir. (Sigorta Şirketi tarafından anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında provizyon verilmiş ve sonrasında ödemesi onaylanan yatışlarda; her bir vakada 5 gün, toplamda 500 TL, yıllık ise 3.000 TL ile üst limit ile nakit ödeme yapılarak sigortalıya destek sağlanır.)
- Somp Sigorta farkıyla, kamu üniversite hastanelerinde öğretim üyeleri için ödenen fark ücretleri karşılanmaktadır. (Sigorta Şirketi sigortalının cepten karşıladığı sağlık giderlerini, 2/1/2014 tarihli ve 2014/5797 sayılı kararname eki doğrultusunda, bir defada asgari ücretin 2 katını geçmemek üzere poliklinik muayenelerde en fazla SUT’un 2 katına kadar; poliçede yazılı limit, iştirak oranı, sağlık sigortası genel şartları ve işbu özel şartlar doğrultusunda karşılar.)
- Somp Sigorta farkıyla, sigortalıya poliçede sunulan her türlü hizmet ve sağlık sorularında Sağlık Danışma Hattı 0850 2500 757(SJS) üzerinden medikal personel ile 7/24 destek sağlanmaktadır.
- Check-up hizmeti, yılda 1 kez özel check-up anlaşmalı kuruluşlarda geçerlidir. Bekleme süresi 3 aydır.
- Diş Tedavi Paketi ile anlaşmalı diş hekimleri ağında; diş hekimi muayenesi, diş taşı temizliği, periapikal röntgen işlemleri kapsamındaki giderler yılda 1 kez karşılanır. Ayrıca tüm yıl boyunca; kişinin anlaşmalı diş hekiminde başkaca işleme ihtiyaç duyması

durumunda TDB fiyat avantajı sunulur. Diş Tedavi paketinden yararlanabilmek için Sompo Sağlık Destek Hattı'ndan 0 850 2500 757 yönlendirme yapılmaktadır.

- Aynı poliçede birden fazla aile bireyinin sigortalanması halinde; aile indirimi uygulanmaktadır.
- Ayrıca il bazlı fiyatlama yapıldığından, sigortalının ikamet ettiği ile bağlı olarak en ekonomik koşullarda poliçe sahibi olunabilmektedir.

TANIMLAR

Anlaşmalı Kuruluş : Bu ürüne özel , sigortalının poliçede tercih ettiği anlaşmalı sağlık kurumu; SGK ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereği sigortalıların, sigorta süresi içerisinde, Sigorta Şirketi'nden teminat, limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde provizyon alarak hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezleri, laboratuvar ile bu kurumlar bünyesinde hizmet veren ve Sigorta Şirketi'nin yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul eden kadrolu doktorlar, gerçek kişi ve/veya kurum ve/veya kuruluşları ifade eder.

Network(Anlaşmalı Kurum Ağı): Bu ürüne özel, sigortalının tercih ettiği ve poliçede geçerli olan anlaşmalı kuruluşlardan oluşan grubu ifade eder.

Bekleme Süresi: Sigortalı'nın yatarak tedavi sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

Beyan Yükümlülüğü: Sigorta Ettiren'in, sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, Sigortalı adaylarının mevcut tüm rahatsızlıklarını veya rizikonun takdirine etkili olacak hususları, eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekliliğini ifade eder.

Bilgilendirme Formu: Gerek sigorta sözleşmesinin görüşülmesi, gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve işleyişi ile ilgili olarak Sigorta Ettireni, Sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden, ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen Sigorta Şirketi tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren tarafından imzalanması gereken formu ifade eder.

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

Katılım Payı: Sigorta Şirketi'nin sorumlu olmadığı ve Sigorta Sözleşmesi/Police ve eklerinde yer alan teminat, limit ve yüzdeleri gösteren teminat tablosuna göre belirlenen sigortalı tarafından üstlenilmesi/ödenmesi gereken tazminat tutarını ifade eder.

Kaza: Sigortalı'nın doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olay nedeniyle iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşılaşmasını ifade eder.

Önceden Mevcut Hastalık: Belirtisinin / bulgusunun veya teşhisinin / tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonları ifade eder.

Police: Somp Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesidir.

Sigorta Şirketi: Bu sigorta sözleşmesinin düzenlendiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminattan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumu ifade eder.

Sağlık Sigortası Genel Şartları: T.C. Başbakanlık Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yayımlanan ve tüm sigorta şirketleri tarafından aynı şekilde uygulanan genel koşulları ifade eder.

Sigorta Ettiren: Bu sigorta sözleşmesi için Sigorta Şirketi ile sözleşmeyi kuran, bu sigorta sözleşmesinin kapsamı dahilinde prim ödeme sorumluluğunu üzerine almış gerçek ya da tüzel kişiyi ifade eder.

Sigortalı / Sigortalılar: Sağlık giderleri bu sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan, risk gerçekleştiğinde tazminat bedeline talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden policede ismi yazılı kişi ya da kişileri ifade eder.

Tazminat: Sigorta sözleşmesi kapsamında; sigorta süresinde risk ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi sonrasında, tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan ve doktor tarafından yazılı olarak planlanan tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait giderlerden, fatura veya bunun yerine geçen (sayman mutemet alındısı, fiş vb.) sair belge asılları karşılığında Sigorta Şirketi tarafından karşılanan tutarı ifade eder.

Teminat: Somp Sigorta'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi Sağlık Sigortası Genel ve Özel şartları gereği sigortalıya verdiği taahhütleri ifade etmektedir.

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kısaltmasıdır ve riskten dolayı geliri ile kazançları azalan vatandaşların başkalarına muhtaç olmadan yaşama ihtiyaçlarını gidermek, hastalık ve kaza gibi durumlarda hastanelerden faydalanmayı ve emekli maaşı almayı sağlayan sosyal güvenlik kuruluşudur.

SUT: SGK'lı sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderleri gibi sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarının karşılanması esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedellerin tayin ve tespit edildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

Zeyilname: Poliçenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve Sigorta Şirketi'nin üstlendiği riskin, nitelik veya büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum nedeniyle poliçeye ek olarak düzenlenmiş ve aynı yasal yetkiye sahip yazılı belgeyi ifade eder.

Acil Durum: Poliçede kapsam dışı olmayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, hastaneye yatırılın veya yatırılmasın, aşağıdaki Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur. Bu liste dışındaki rahatsızlıklarda acil servise başvurulsa dahi tedavi giderleri, poliçede belirtilen ayakta tedavi teminatı limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.

Trafik kazası ,Akut miyokard enfarktüsü (raporlarla belirlenmiş kalp krizi, ritim bozuklukları),Apandisit ,Menenjit ,Ani felçler ,Suda boğulma, Yüksekten düşme ,Uzuv kopmaları ,Elektrik Çarpması, Donma ,Soğuk Çarpması ,Isı Çarpması ,Tahriş Edici Gazların Teneffüsü ,Darbe Sonucu Sinir Kopması ,Yılan, Akrep veya Örümcek Sokması Sonucu Oluşan Ciddi Alerjik Tablolar ,Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıklar, Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar ,Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları, Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri, Tüm kırık ve çıkıklar, Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri, Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durumlar ,Mide perforasyonu ,Darbeye bağlı iç organ zedelenmesi ,Ensefalit (beyin iltihabı) ,Beyin apsesi, Dekompresyon hastalığı (dalğış hastalığı), Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar ,Her türlü iç organ kanaması (gebelik düşüklerine bağlı, jinekolojik hormonal kanamalar hariç),Kurşunlanma, bıçaklanma, kavga (cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs hali istisnadır) ,Epilepsi krizi ,Gebelik zehirlenmesi ,Travmaya bağlı her tip suture gerektiren cilt kesikleri ,Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar, Hipertansiyon krizleri, Diabetik ve üremik koma, Yüksek ateş (39,5 ve üzeri),Renal kolik,Ciddi genel durum bozukluğu



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

YATARAK TEDAVİ

Yatarak Tedavi Teminatı; ameliyat, hastane yatış, küçük müdahale, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, ambulans giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir.

- a) Sigortalının SGK ile ve aynı zamanda Sigorta Şirketi ile anlaşmalı özel hastaneye gitmesi.
- b) Sigortalının kamu idaresindeki yüksek öğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alması ve elden fark ödemesi.
- c) SGK ve Sigorta Şirketi ile poliçede seçilen anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması.
- d) SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigorta Şirketinin sigortalının tedavi göreceği branşta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmasının olması.
- e) Tedavi talep edilen rahatsızlığın işbu Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Ameliyat ve yoğun bakım gerektiren bir tedaviden sonra, 60 gün içerisinde gerçekleşen ve söz konusu tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi masrafları, ayakta ve yatarak gerçekleşmesine bakılmaksızın karşılanır. Alınan vaka takip numarasından bağımsız olarak yıllık 15 seans ile sınırlıdır.

Ambulans Koordinasyon Hizmeti, 0850 2500 757 (SJS) Sağlık Danışma Hattı kanalıyla verilmektedir. Sigortalının hayatını tehdit eden acil durumda yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık donanımına sahip kuruluşuna sevki için sağlanan bir teminattır. Ayrıca sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipman ve hekim olmaması durumunda bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında ambulans ile nakli de bu teminattan karşılanmaktadır. Bu hizmet öncelikli 112 acil ambulansla verilir. Ancak hizmet, sigorta şirketinin uygun görmesi halinde sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu ambulans şirketleri kanalı ile de verilebilir. Özel ambulans giderlerinin karşılanabilmesi için SJS Sağlık Danışma Hattı'nın aranması şarttır.

Bu sigorta ile sigortacı, sigortalının, karayolunda kullanılabilen binek ve hafif ticari aracından doğan menfaatinin aşağıdaki tehlikeler dolayısıyla ihlali sonucu uğrayacağı maddi zararları temin eder.

AYAKTA TEDAVİ

Ayakta tedavi; doktor muayene, laboratuvar, radyoloji, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir.

- a- Sigortalının SGK ile ve aynı zamanda Sigorta Şirketi ile anlaşmalı özel hastaneye gitmesi.
- b- Sigortalının kamu idaresindeki yüksek öğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alması ve farkı elden ödemesi.
- c- SGK ve Sigorta Şirketi ile poliçede seçilen anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması.
- d- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigorta Şirketinin sigortalının tedavi göreceği branşta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmasının olması.
- e- Tedavi talep edilen rahatsızlığın işbu Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde poliçe üzerinde belirtilen defalık kullanım limiti ve varsa tutar limiti ile sınırlıdır. 'Kullanım', SGK'dan alınan her bir vaka takip numarasını ifade eder. Doktor muayenesi ile başlayan ve aynı tanı ve tedavi süreci dahilinde yapılan işlemler tek işlem olarak değerlendirilir. Fizik Tedavi Teminatı ise, aynı veya farklı takip numaraları ile işlem yapılmış olsa dahi yıllık 30 seans ile sınırlıdır. Ayakta Tedavi limitinin dolmuş olması halinde Fizik tedavi teminatı seans adedi kalsa dahi kullanılamaz.

SGK'dan vaka takip numarası alınmış olması kaydı ile 0-2 yaş arası çocuklar için rutin çocuk sağlığı muayeneleri işbu poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde teminat kapsamında değerlendirilir.

Doktor muayenesi dışındaki ayakta tedavi teminatları SGK kuralları gereği tek başlarına kullanılamaz, doktor muayene ile kullanılma zorunlulukları vardır.

HASTANEDE GÜNDELİK YATIŞ TAZMİNATI

Hastanede gündelik yatış tazminatı, Sigorta Şirketi'nin anlaşmalı sağlık kurumlarında provizyon verdiği ve 24 saati aşan yatışlı tedavilerde geçerlidir. Ödeme her bir vakada günlük 100 TL (max 5 gün), yıllık ise 3.000 TL ile sınırlıdır. İlgili tazminat ödemesi, Sigorta Şirketi tarafından anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında provizyon verilmiş ve sonrasında ödemesi onaylanan yatışlarda, sigortalının/sigorta ettirenin banka hesabına gerçekleştirilir. Doğum ve hamileliği ilgilendiren yatışlar bu teminat kapsamı dışındadır.

Hastanede Gündelik Yatış tazminatı poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra geçerlidir. Söz konusu teminattan yararlanabilmek için; tazminat talebi ile ilgili taburculuk tarihini müteakiben 15 gün içinde Sigorta Şirketi'ne müracaat edilmesi gerekmekte olup, söz konusu sürenin aşılması halinde herhangi bir tazminat ödemesi yapılmayacaktır.

EVDE BAKIM TEMİNATI

Sigortalının sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. 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 yapılan değerlendirme ile endikasyonun ve tıbbi gerekliliğinin tespit ve teyit edilmesi durumunda onaylanması ve organize edilmesi zorunludur. Evde bakım hizmetinin sigorta şirketi tarafından organize edilmemesi halinde oluşacak giderler kapsam dışındadır. Evde Bakım Teminatı poliçede belirtilen limit ve poliçe özel ve genel şartları dahilinde 30 gün ile sınırlıdır.

YARDIMCI TIBBİ MALZEME TEMİNATI

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir hastalık veya kaza sonucu sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, boyunluk, dizlik, oturma simidi, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı ile özel ve genel şartları dahilinde ödenir. İşbu teminat kapsamında ödenmesi uygun bulunan giderler, anlaşmasız kurumdan gelmesi halinde sigortalıya ödenebilir.

SUNİ UZUV TEMİNATI

Sigorta süresi içerisinde meydana gelen hastalık ya da kaza sonucu fonksiyon kaybına uğramış organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amacı taşımayan el, kol, bacak ve meme kanseri operasyonu sonrası takılan meme protezi olmak üzere protez giderleri gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi koşulu ile poliçede belirtilen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde karşılanır. Robotik uzuvlar kapsam dışıdır.



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

CHECK-UP

Sigortalı ve/veya sigorta kapsamına dahil edilen kişiler hiçbir rahatsızlık olmadan ya da belirli bir hastalığı düşündürmeyecek kadar hafif önemsiz şikayetlerde yapılan genel ve kapsamlı sağlık taramasından (check-up'tan) geçirilecektir. Check-up hizmetinde aşağıda belirtilen hizmetler sunulacak ve işlemler sonucu elde edilen kişiye özel sağlık bilgisi sigortalı ile paylaşılacaktır. Check Up paketi içeriği aşağıda belirtilmiş olup, Sigorta Şirketi, paket içeriğinde değişiklik yapma hakkına sahiptir.

Check-up hizmeti Sompo Sigorta Sağlık Destek Hattı (0 850 2500 757) aranarak temin edilir. Sigortalı check-up anlaşmalı kurumları arasından tercih ettiği kurumu belirterek, check-up için randevusunun alınmasını sağlar. Check-up, yalnızca sigorta şirketinin check-up anlaşmalı kurumlarında geçerlidir. Check-up hizmeti poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra kullanılabilir olup, yılda 1 defa ile sınırlıdır.

Check-Up Paneli:

Doktor Değerlendirmesi
Akciğer Grafisi (Tek Yönlü)
EKG (Kalp Elektrosu)
Kan Sayımı (18 Parametre)
Tam İdrar Tahlili
Sedimentasyon
Glukoz (Açlık Kan Şekeri)
Kolesterol (Total)

DIŞ TEDAVİ PAKETİ

Diş check up, diş taşı temizliği hizmeti Sompo Sağlık Destek Hattı'nı (0 850 2500 757) arayarak temin edilir. Sigortalı anlaşmalı diş hekimleri arasından tercih ettiği kurumu belirterek diş tedavi paketi için randevusunun alınmasını sağlar. Diş tedavi paketi, yalnızca sigorta şirketinin anlaşmalı diş kurumlarında geçerlidir. Diş tedavi paketinin içeriği aşağıda belirtilmiş olup, Sigorta Şirketi, paket içeriğinde değişiklik yapma hakkına sahiptir. Diş tedavi paketi hizmeti poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra kullanılabilir olup, yılda 1 defa ile sınırlıdır.

Paket içeriği:

Diş Hekimi Muayenesi
Periapikal/panaromik Röntgen
Teşhis ve Tedavi Planlaması
Detertraj
Diş Taşı Temizliği (Alt+Üst Çene)



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

SOMPO SİGORTA SAĞLIK DANIŞMA HATTI

0850 2500 757 (SJS) Sağlık Danışma Hattı'ndan sigortalılar, hekimler ve ilgili tıbbi personel kanalı ile 7/24 acil ulaşım ve poliçede sunulan hizmetlerle ilgili sağlık danışma ve yönlendirme hizmetlerini alabilirler. Sigortalılar ayrıca mesai saatleri içerisinde hattı arayarak, anlaşmalı hastane ve hekim bilgisi, anlaşmalı sağlık kuruluşlarından randevu organizasyonu hizmeti, poliçelerine ilişkin her türlü soru ve bilgi alma hizmetinden faydalanırlar.

BÖLÜM II. AÇIKLAMALAR, ÖZEL KOŞULLAR VE KLOZLAR

Sigorta şirketi, sigortalı/sigortalıları sağlık beyanlarına istinaden poliçe teminat kapsamına almaktadır. Tazminat talebi sırasında, sağlık beyanlarına/gerçeğe aykırı bir durumun tespit edilmesi, tazminat talebinin poliçe kapsamında olmadığına anlaşılması durumlarında, Sigorta Şirketi varsa yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve her durumda prim iadesi yapmaksızın sigorta sözleşmesini/poliçesini fesih etmek hakkına sahiptir.

BEKLEME SÜRELERİ

SGK tarafından uygulanan ve tedavinin yapıldığı tarihte yürürlükte olan bekleme süreleri, bu sigorta sözleşmesi için de aynen geçerlidir.

Ayrıca aşağıda belirtilen hastalıklar ve komplikasyonları ile ilgili cerrahi veya tıbbi (medikal) tedaviler ve hastanede yatırılarak yapılan tüm tanı işlemleri ile ilgili giderler, poliçe başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile teminat kapsamı dışındadır.

1. Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, Varis (özefagus varisleri dahil), Kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz
2. Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, diabetes, KOAH, astım), tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multipl skleroz, SLE, romatoid artrit vb.), inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), epilepsi, sarkoidoz tanı ve tedavilerine yönelik girişimler



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

3. Üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat ve mesane hastalıkları, varikosel (kısırlıkla ilgili varikosel bekleme süresi sonunda da ödenmez), hidrosel, spermatosel, kordon kisti
4. Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), eklem ve bağ hastalıkları cerrahisi, diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, ganglion kisti, karpal tünel sendromu
5. Her türlü fıtık (göbek, kasık, mide, omurga vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları
6. Katarakt glokom ve retina hastalıkları
7. Tiroid, paratiroid hastalıkları, pilonidal sinüs, anorektal hastalıklara yönelik cerrahi işlemler, tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi
8. Rahim ve yumurtalık hastalıkları (myom, endometriozis vb.), meme hastalıkları, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), istres inkontinans
9. Gastroözefageal reflü, dispepsi, gastrit, ülser (yemek borusu, mide, duodenum hastalıkları)

Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve/veya şikayetlerin sigorta kapsamına dahil olunduktan 30 gün sonra ortaya çıkmış olması şartıyla poliçe teminatları, limitleri ve ödeme yüzdeleri ve uygulama esasları dahilinde karşılanır. Diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılar için de aynı şartlar geçerlidir.

Ayakta veya yatarak tedavi olmasına bakılmaksızın, tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 3 ay sonra kapsama alınır.

ACİL DURUMLAR

Poliçede kapsam dışı olmayan ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, hastaneye yatırılın veya yatırılmasın, aşağıdaki acil durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur. Bu liste dışındaki rahatsızlıklarda acil servise başvurulsa dahi tedavi giderleri, poliçede belirtilen ayakta tedavi teminatı limiti ve iştirak oranı dahilinde ödenir.



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

Trafik kazası ,akut miyokard enfarktüsü (raporlarla belirlenmiş kalp krizi, ritim bozuklukları), apandisit, menenjit, ani felçler ,suda boğulma, yüksekten düşme, uzuv kopmaları, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, tahriş edici gazların teneffüsü, darbe sonucu sinir kopması, yılan, akrep veya örümcek sokması sonucu oluşan ciddi alerjik tablolar , evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırtıklar, her türlü 2. ve 3. derece yanıklar, tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları, hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri, tüm kırık ve çıkıklar, solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri, travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durumlar, mide perforasyonu, Darbeye bağlı iç organ zedelenmesi, ensefalit (beyin iltihabı), beyin apsesi, dekompresyon hastalığı (dalğış hastalığı), travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar, her türlü iç organ kanaması (gebelik düşüklerine bağlı, jinekolojik hormonal kanamalar hariç), kurşunlanma, bıçaklanma, kavga (cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs hali istisnadır), epilepsi krizi, gebelik zehirlenmesi, travmaya bağlı her tip suture gerektiren cilt kesikleri, ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar, hipertansiyon krizleri, diabetik ve üremik koma, yüksek ateş (39,5 ve üzeri), renal kolik, ciddi genel durum bozukluğu

STANDART İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır;

1. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
3. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların sağlık kurumu sözleşmesinde belirtilen karşılanma usulleri dışında kalan ve SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
4. Sompo Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşmalı kurumları ve kamu idaresindeki yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucuları dışında gerçekleştirilecek tedavilere ait sağlık giderleri (acil durumlar da dâhil)
5. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri,
6. İlaçlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, enjektör, ıtriya, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

sabunları, diş macunları, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb. tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve işbu özel şartların Yardımcı Tıbbi Malzeme teminatı tanımında kapsam dahilinde belirtilenler dışında kalan tüm yardımcı tıbbi malzemeler

7. 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,
8. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
9. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler,
10. Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından getirilecek olan her türlü ilaç,
11. Anlaşmasız ambulans ücretleri, yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar,
12. Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis vb.), anogenital anomaliler, inmemiş, retraktil, utangaç testis vb. giderler, 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, AIDS, HPV, ARCS VE HIV virüsüne bağlı tüm hastalıklar, kondilomlar ile zührevi hastalıklarının teşhis ve tedavi masrafları,
13. Aksine bir sözleşme yoksa, gebelikle ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları,
14. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ile obeziteye ilişkin tüm giderler, obezite cerrahisi,
15. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler, terleme tedavisi, jinekomasti, polipe öncesi dönemde



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

- ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar, saç dökülmesi, alopesiye yönelik her türlü teshis ve tedavi giderleri, akne, estetik veya tedavi amaçlı olup olmadığına bakılmaksızın her türlü botox ve ozon uygulamaları,
16. Omurga şekil bozuklukları (skolyoz, kifoz vb.) ve tüm yapısal bozukluklar 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, Konka Hastalıkları, halluks valgus, halluks rigidus vb. Deformitelere ait tüm giderler,
17. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar, doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar vb. tüm yapısal bozukluklar, çölyak, puberte bozuklukları, boy kısalığı vb. tüm büyüme gelişme bozuklukları ile 0-6 yaş arasındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fıtık işlemleri ile ilgili giderleri,
18. 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,
19. 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,
20. Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 40.000 TL üst limiti aşan giderler,
21. 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,
22. Belirli bir hastalık veya hastalık şüphesi olmaksızın yapılan kontrol amaçlı inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, CA markerleri vb.), allerji testleri, diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler, elektron Tomografi (EBT) ,Volume Bilgisayarlı Tomografi(VCT) ve benzeri cihazlar ile yapılan koroner arter kalsiyum tarama



- testi, çok dedektörlü bilgisayarlı tomografi cihazları ile yapılan koroner arter anjiyografileri, tarama amaçlı sanal bronkoskopi, sanal kolonoskopi masrafları
23. 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,
24. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebulizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
25. Her türlü organ nakli giderleri,
26. Uyku apnesi ve horlama ile ilgili her türlü gider,
27. Çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler, battaniye, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparat, meme ve penil protezler, (Meme kanseri operasyonu sonrası takılan protez hariç), tekerlekli sandalye ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler, vücut içi pompalar, insülin pompası, vücut içine enjekte edilen ve implante edilebilen tedavi amaçlı pompalar, uyku apnesi cihazı (CPAP ve uyku odası dahil) vb. tüm giderler,
28. Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hataları sonucunda doğan harcamalar,
29. Yoğun Bakım'da yıllık toplam 100 günü aşan yatışlar ve sigorta yılı içinde teminat altına alınan 200 günü aşan hastanede yatış süresini içeren giderler,
30. Doğum sırasında ve doğum sonrasındaki her türlü bebek masrafları kapsam dışıdır.
31. Yüzeysel varislere yönelik her türlü girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyofrekans vb.),
32. Sağlık Destek hattı dışında alınan ambulans hizmeti giderleri,
33. Özel hemşire giderleri,
34. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım
35. Hiperhidroza ait tüm giderler
36. Her türlü profesyonel, lisanslı ve/veya tehlikeli sporlar (dağcılık, paraşütcülük, havada yolculuk dışı uçuş, su altı sporları, ralli, motokros, binicilik, kayak vb.) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mükavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait giderler,



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

37. Grevlere, lokavtla ilgili işçi hareketlerine, halk hareketlerine, kavgalara iştirakin doğuracağı sakatlıklar ve gerektirdiği teşhis ve tedavi masrafları,
38. İş kazalarına ve iş kazası sonucu gelişen rahatsızlıklara ilişkin tüm giderler

SİGORTANIN YENİLENMESİ

Yenileme, Sigorta ettirenin, mevcut sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren, en geç 30 gün içerisinde yeniden sözleşme yaptırmak için Sigorta Şirketine başvurması ve Sigorta Şirketiyle sigorta ettirenin yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalmasıyla, sigorta süresinin bitiş tarihinden itibaren mutabık kalınan yeni koşullarda sigortanın kesintisiz olarak devam ettirilmesidir. Poliçenin 30 gün içerisinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigorta Şirketi, bu Sigorta Sözleşmesi metnini, teminat kapsamını, primlerini, üründe geçerli anlaşmalı kurum ağını ve uygulama esaslarını güncelleştirme hakkını saklı tutar. Sigorta Şirketi tarafından sigorta özel şartlarında yapılan bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

Sigorta Şirketi, sözleşmeyi yenilerken muafiyet ve/veya ek prim, limit, katılım payı uygulayabilir, sigortalıdan sağlık bildirimi ve ek tetkikler isteyebilir, gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir, teminatlarda kısıtlamaya gidebilir, sigorta özel şartlarında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, kullanım nedeniyle ek prim isteyebilir ya da poliçeyi yenilemeyebilir.

Yenileme Güvencesi olması halinde poliçe ömür boyu, Yenileme Güvencesi olmaması halinde ise Sigorta Şirketi ile Sigorta Ettiren'in mutabık kalacağı koşullarla birer yıllık sürelerle değerlendirme yapılarak yenilenebilir.

SJS YENİLEME GÜVENCESİ

Yenileme Güvencesi; sigortalının işbu güvenceyi almasından sonra, Sağlık Sigortası Genel Şartlarında tanımlı beyan ve ihbar yükümlülükleri dışında, sigortacı tarafından bu kişinin değişen sağlık koşullarına göre risk değerlendirmesi yapmaması, hastalık için ek prim almaması, belirli hastalıklar için bekleme süresi veya muafiyet tanımlamaması ve sigortalının varsa mevcut limit, hastalık ek prim, muafiyet ve katılım payında değişiklik yapmamasıdır. Bununla birlikte, Sigortacı işbu güvenceye sahip olan sigortalılara, işbu özel şartlarda belirtilen çerçevede hasarlılık sürprimi uygulayabilir. Sigortacının yenileme güvencesi taahhüdünde bulunduğu sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, her poliçenin yenilediği tarihte yürürlükte olan Özel Şartlara tabidir. Sigortacı, tüm sigortalılara

uygulanmak şartıyla primleri ve genel sigorta sözleşmesinin özel şartlarını her sigorta sözleşmesi dönemi için ve o tarihten sonra geçerli olmak üzere değiştirme hakkına sahiptir.

Birbirini takip eden üç yıl boyunca Sompo Sigorta'da kesintisiz aynı planda sigortalı olan, 61 yaş öncesi sigorta kapsamına alınan, son 3 yılın H/P oranı ortalaması %90'ın altında olan sigortalılara yapılacak risk analizi değerlendirmesi sonucunda belirlenecek şartlar dahilinde yenileme güvencesi değerlendirmesi yapılır. Yapılan değerlendirme sonucu uygun bulunan sigortalılara yukarıda belirtilen kapsamda Yenileme Güvencesi verilir.

Yenileme güvencesi alındıktan sonra; sigortalının yenileme güvencesi için risklerinin değerlendirildiği döneme veya öncesine ait sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda veya sigortalı teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacının sigortalıdan son durumu belirtir sağlık beyanı isteme, doktor muayenesine tabi tutma ve daha önce verilen Yenileme Güvencesi'nin geçerliliğini kaldırma, plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, hastalık ek prim, katılım payı vb) kabul etme hakkı saklıdır. Yenileme Güvencesi hakkı kazanan sigortalıların yenileme döneminde üst plana geçiş talepleri için sigortalılara risk değerlendirilmesi yapılır, sigorta şirketi teminat artışında bulunan sigortalıdan son durumu belirtir sağlık beyanı isteyebilir, sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir ve sonucuna göre üst plana geçiş kabul veya reddedilebilir.

Yenileme Güvencesi hakkı kazanan sigortalının son kullandığı ürün yenileme sırasında Şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise; teminatları benzer olan başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda Yenileme Güvencesi hakkı saklı tutulur.

Yenileme sırasında daha geniş teminat kapsamlı plana geçilmesi durumunda, Yenileme Güvencesi hakkı, eklenen teminatlar için geçerli değildir. Genişletilmiş plana geçilmesi durumunda geniş planın yenileme güvencesi değerlendirmesi işbu poliçe özel şartlarında tanımlandığı şekilde yapılır.

23 Ekim 2013 tarihli ve 28800 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği"nde tanımlanan "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" tanımı ile Şirketimizin "Yenileme Güvencesi" uygulaması arasında aşağıda belirtilen farklar mevcuttur.

a-) Sigortacının, "Yenileme Güvencesi" taahhüdünde bulunduğu sigortalılarına sunduğu sağlık poliçesi, her poliçenin yenilendiği tarihte yürürlükte olan Genel ve Özel Şartlara tabidir. Sigortacı, tüm sigortalılara uygulanmak şartıyla primleri ve genel sigorta sözleşmesinin özel şartlarını her sigorta sözleşmesi dönemi için ve o tarihten sonra geçerli olmak üzere değiştirme hakkına sahiptir.

b-) "Yenileme Güvencesi" hakkına sahip olan / olacak sigortalılar için; Madde 10'da belirtilen koşullar çerçevesinde hasarlılık sürprimi uygulanmaktadır.

COĞRAFİ KAPSAM

Poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan ve sigortalı tarafından poliçede seçilen Sompö Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında ve kamu idaresindeki yüksek öğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alınması durumunda Sompö Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. KKTC yurt dışı olarak kabul edilir.

SİGORTAYA KABUL VE RİSK DEĞERLENDİRME

Yeni Giriş İşlemleri

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye’de yerleşik kişiler için geçerli olacaktır. Bireysel ürünlerde her poliçe altında sadece bir kişi bulunabilir. Eş ve çocuklar için ayrı ayrı poliçe düzenlenebilir. Doğum tarihinden itibaren 15 günü tamamlamış sağlıklı bebekler ve 61 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir.

Sigorta Şirketi’nin ilk ve daha sonraki başvuruları reddetme, standart şartlarda kabul etme ya da ek prim ve/veya belirli rahatsızlıklar için bekleme süresi ve/veya özel istisna, limit, katılım payı koyarak özel şartlar altında kabul etme, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

Teminat Kapsamına İlave Yapılması

Sigorta Ettiren yeni doğan çocuğu, annenin de bu sigorta sözleşmesi kapsamında bulunuyor olması ve yeni doğan çocuğun doğum tarihinden itibaren 15 günü doldurması ve iki ayı geçmemesi halinde başvuru formu ile teminat kapsamına dahil edilmesini teklif edebilir. Yeni doğan çocuğun başvurusunun doğum tarihinden itibaren 2 ayı aşan sürede yapılması halinde, Sigorta Ettiren yeni doğan çocuğu bu sigorta sözleşmesinin yenileme tarihinde teminat altına alabilir. Sigortacının yeni doğmuş çocuk için herhangi bir neden göstermeksizin ve başvuru süresine bakılmaksızın başvuruyu 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. Sigortacının yeni doğan çocuğu teminat kapsamına dahil etmeyi kabul etmesi halinde, annenin teminatlarıyla aynı plandan zeyilnamenin kayıt tarihinden başlayarak bitiş tarihine kadar gün esasıyla prim hesaplanarak ekleme yapılır.

Geçiş İşlemleri Ve Kazanılmış Haklar

Sigortalının bir başka Sigorta Şirketi'nden kesintisiz olarak en az 1 yıl poliçe sahibi olması ve önceki sigorta şirketindeki sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvuru formu ile geçiş talebinde bulunması halinde, Sigortacı başvuru formundaki sağlık beyanı, hastalık riskleri, geçiş bilgilerinde yer alan ilk kayıt tarihi, hasar prim oranları ve medikal bilgiler doğrultusunda poliçelendirme koşullarını belirler. Sigortacı'nın, Sigortalı'nın varsa bir önceki poliçeden kaynaklanan kazanılmış haklarının devamını da bu çerçevede değerlendirme hakkı saklıdır. Bu üründen mevcuttaki başka bir sağlık sigortası ürününe geçiş yapılma talebi olduğu takdirde, bu talep Sigorta Şirketi tarafından risk kabul kriterlerine göre değerlendirilir.

TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigorta şirketi ve SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında provizyon işlemi uygulanacak olup, sigorta şirketinin gerçekleştireceği ödeme doğrudan ilgili sağlık kuruluşuna yapılacaktır. Sigortalı, varsa iştirak payı, limit aşımı, kapsam dışı durumları ödeyecektir.

Sigortalının kamu idaresindeki yüksek öğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucularından hizmet alması durumunda, sigortalı ödemeyi önce kendisi yapar ve daha sonra fatura/makbuz, şikayetin başlangıç tarihi, aynı şikayet nedeniyle daha önce almış olduğu tedaviler (ilgili kurum ve tarih bilgisi ile), ön tanı, kesin tanı, talep edilen tetkik ve görüntülemeler, önerilen tedavi hakkında bilgi veren kaşeli ve imzalı doktor raporu, epikriz, tanı istem formları, tetkik ve/veya görüntüleme sonuçları, ameliyat raporu v.b. ile Sigorta Şirketi'ne başvurur. Tazminat değerlendirmesi aşamasında Sigorta Şirketi, gönderilen belgelere ek olarak ilave belge ve bilgiyi sigortalıdan/sigorta ettirenden talep etme hakkına sahip olup gerekli yerlerden tazminat dosyasındaki bilgileri araştırmaya yetkilidir. Sigorta Şirketi sigortalının cepten karşıladığı sağlık giderlerini, 2/1/2014 tarihli ve 2014/5797 sayılı kararname eki doğrultusunda, bir defada asgari ücretin 2 katını geçmemek üzere poliklinik muayenelerde en fazla SUT'un 2, diğer hizmetlerde en fazla SUT'un 1 katına kadar; poliçede yazılı limit, iştirak oranı, sağlık sigortası genel şartları ve işbu özel şartlar doğrultusunda karşılar ve sigortalının hesabına tüm evrakın eksiksiz gelmesini müteakip en geç 10 günde geri yatırır.

Anlaşmalı Kurum ya da Anlaşmasız Kurum dahi olsa tedavinin teminat kapsamında değerlendirilebilmesi için bu tedavinin poliçenin geçerli olduğu süre içinde gerçekleşmiş olması ve ilgili tazminat talebinin de yine sigorta süresi içinde (6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 1420. Maddesi geçerli olmak kaydı ile) Sigorta Şirketi'ne ulaştırılmış olması gerekmektedir.

Bu sigorta ürünü, sigortalının poliçede seçtiği özel anlaşmalı sağlık kurumu ve kamu idaresindeki yüksek öğretim kurumlarına ait sağlık hizmet sunucuları dışındaki harcamaları karşılamaz.



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

Aynı poliçede yer alan aile kapsamındaki sigortalıların tedavileri ile ilgili fatura dahil ve bununla sınırlı olmamak üzere her türlü belge, sadece ilgili sigortalı için düzenlenmiş olması kayıt ve şartıyla kabul edilecektir.

Bu belgelerin tedaviyi gören dışındaki poliçede yer alan sigortalılar adına düzenlenmesi halinde, Sigorta Şirketi hiçbir şekilde bu belgelere konu sağlık harcamasını ödemeyecek ve gerektiği durumlarda Kötü Niyetli Uygulamalar Sonucu İptal maddesine göre işlem yapabilecektir.

Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgilerin resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

Anlaşmalı Kurum Uygulamaları

Sigorta Şirketi tarafından bir sağlık kurumunun, ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu olarak tayin edilmesi, bu sağlık kurumu ile her ne şekilde olursa olsun irtibatı olan tüm doktorların ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumu kapsamında kabul edilmesi anlamına gelmez. Sigorta Şirketi kendi takdirinde olmak üzere herhangi bir zamanda sağlık kurumu ile ilişkili herhangi bir doktoru, ürüne özel anlaşmalı kurum kapsamı içine almak veya kapsam dışında tutabilmek hakkına sahiptir. Bir sağlık kurumunun listede yer alması, hiçbir şekilde Sigorta Şirketi'nin anılan sağlık kurumu, doktor ve/veya yardımcı şahıslarının fiil ve hareketlerinden sorumlu olduğu ve/veya bunlar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dâhil tüm hizmetlerin kalitesinin Sigorta Şirketi tarafından garanti edildiği anlamına gelmez.

Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sompo Sigorta A.Ş.'ye ait www.somposigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır.

Anlaşmasız Kurum Uygulamaları

İşbu üründe tüm anlaşmasız kurumlar ve poliçede seçilen network dışında kalan kurumlarda yapılacak her türlü giderler kapsam dışıdır. Sigortalının anlaşmalı sağlık kuruluşu olsa dahi, elden ödeme yaparak getirdiği sağlık giderleri de karşılanmaz.

PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Sigorta Şirketi'nin yapmış olduğu hasar ödemeleri, hasar frekansı, personel ve genel giderler, sigorta aracılara aracılık faaliyetleri dolayısıyla ödenen miktarlar, Sigorta Şirketi tarafından yapılan istihsal harcamaları, anlaşmalı sağlık kurumu anlaşma oranları ve gerçekleşen sağlık harcamaları, sağlık enflasyonu, SUT, TTB birim, katsayı tarifesi ve uygulama esaslarında yapılan değişiklikler ile özel sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları artışlar, tıbbi malzeme fiyatları ve benzeri hususlar ile piyasa şartlarını da dikkate alarak aktüeryal prensipler doğrultusunda hazırlanan tarife primi üzerinden her dönem sigortalının yaş, cinsiyet, sigortalının kronik/kritik hastalıkları, sigortalının tazminatı, sigortalının teminat bazlı kullanım frekansı, teminat ve teminat limit tutarı, teminat şekli, anlaşmalı kurum networkü, sigortalı katılım payı yüzdesi, muafiyet tutarı, muafiyet katılım yüzdesi, hasar prim/oranları, ikamet ettiği il, ödeme planı için Sigorta Şirketi tarafından belirlenecek primi ifade eder.

Sigortacı poliçenin yenilemesi sırasında; sigortalının primini, aynı yaş, cinsiyet ve plana sahip sağlıklı olan bir sigortalının tarife fiyatının en fazla 2 (iki) katına kadar artırabilir. SGK uygulamalarının değişmesi durumunda tarife üzerinde tekrar değerlendirme yapılır.

HASARSIZLIK İNDİRİMİ / HASARLILIK SÜRPRİMİ

Poliçe yılı sonunda, poliçe kapsamındaki sigortalılara o yıl içerisinde ödenen Tazminat/Prim oranının aşağıda belirtilen oranlarda olması ve sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde karşılık gelen hasarsızlık indirimi veya hasarlılık sürprimi yeni sözleşmenin primleri üzerinden uygulanır.

Yatarak+Ayakta Tedavi Teminatlı Poliçeler için;

Tazminat/Prim	Hasarsızlık İndirimi
% 0-25	% 15 indirim
% 26-40	% 10 indirim
% 41-50	% 5 indirim
% 51 üzeri	% 0 indirim

Tazminat/Prim	Hasarlılık Sürprimi
% 121-150	% 20 sürprim
% 151-200	% 30 sürprim
% 201-250	% 40 sürprim
>%251	% 50 sürprim



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

Yatarak Tedavi Teminatlı Poliçeler için;

Tazminat/Prim	Hasarsızlık İndirimi
% 0-20	% 10 indirim

Poliçe yenileme aşamasından sonra sigortalının tazminat talebinde bulunması ve poliçenin Tazminat/Prim oranının değişmesi halinde, sigortacı oluşacak fark primi sigorta ettiren/sigortalıdan zeyilname ile talep eder.

EK PRİM

Değerlendirmeler sonucu Sigorta Şirketi'nin ek prim uygulama kararı aldığı durumlarda, sigorta sözleşmesinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarına teminat verebilmek amacı ile poliçe/sigorta sözleşmelerine yansıtılmak üzere Sigorta Şirketi tarafından talep edilen ek prim tutarını ifade eder. Tıbbi risk değerlendirilmesinin yapıldığı sigortaya yeni başvuru, süresi sona eren poliçenin yenilenmesi veya iptal edilmiş bir sigorta sözleşmesi/poliçenin yeniden düzenlenmesi, teminat değişiklik talepleri ile birlikte, hastalık ek primi belirlenir ve tarife primine eklenir.

Hastalık Ek Primi, sadece ilgili sigortalı için prim tarifesindeki yaş, lokasyon ve cinsiyet için tanımlanmış prime eklenir ve sigortalının kişisel primini belirleyecek ilk ölçüttür. Hastalık ek prim oranı maksimum % 200 ile sınırlıdır.

SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

İşbu sigorta sözleşmesi en fazla bir yıl için geçerli olup, bitiş tarihinde kendiliğinden sonlanır ve teminatlar durur. Sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, en fazla 10 gün olmak üzere özel şartlar ve teminat limiti doğrultusunda karşılanır. Sigorta sözleşmesinin iptali veya sigortalının sigorta sözleşmesi teminatlarından çıkarılması halinde iptal, çıkartılma veya plan değişikliği tarihinden sonraki hastane tedavilerinin masrafları hiçbir koşul aranmaksızın karşılanmaz.

Prim ödenmemesi sonucu iptal

Sigorta ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde, sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Sigortacı'nın, Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uyarınca tüm hakları saklıdır.

Sigorta Ettiren/Sigortalı Talebi Sonucu İptal

Sigorta ettiren, işbu sigorta sözleşmesini, herhangi bir sebep göstermeksizin, yazılı yapacağı fesih ihbarı ile feshetme hakkına sahiptir. Fesih, sigortacı tarafından ihbarın tebellüğ edildiği tarihte hüküm doğuracaktır. Sigortalının/Sigorta Ettiren'in poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde kanuni sebepler dışında iptal talebinde bulunması halinde ise, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigortalıya iade edilir. Poliçe başlangıç tarihinden itibaren, 30 günlük başvuru süresinin aşılması halinde, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda poliçe gün esasından iptal edilir.

İptal işlemi aşağıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre yapılır.

Sigortalıya tazminat ödenmemişse veya sigortalıya tazminat ödenmiş olsa dahi, ödenen tazminat tutarı, Sigorta şirketinin gün esaslı hakedilen priminin altında kalıyor ise Sigorta Şirketi kalan süre hak edilen primi iade eder.

Sigortalı'ya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, Sigorta Şirketi'nin gün esasıyla hak ettiği primden fazla ise tüm prim muaccel olur.

Sigorta Ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini Sigorta Şirketi'nden talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için Sigorta Ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının Sigorta Şirketi'ne ulaştırılması gerekmektedir.

Sözleşme yılı içinde iptal isteminin Sigorta Ettiren'den gelmesi halinde yukarıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre işlem yapılır.

Sigorta ettirenin/sigortalının vefatı halinde, vefat tarihi itibarıyla yukarıdaki iptal kuralları doğrultusunda poliçe iptal edilir.

Kötü Niyetli Uygulamalar Sonucu İptal

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi veya sigortalı tarafından yarar sağlama amacıyla



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

teminatların kötü niyetli olarak kullanıldığıının saptanması halinde, bu durumu yanlış sigorta uygulamalarının tespiti, bildirimi, kaydı ve bu uygulamalarla mücadele usul ve esasları hakkında yönetmelik gereğince sigorta bilgi merkezine bildirmek dışında, Sigorta Şirketi varsa yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve her durumda prim iadesi yapmaksızın sigorta sözleşmesini / poliçesini fesih etmek hakkına sahiptir.

DİĞER UYGULAMA ESASLARI:

Bu üründen;

- Türkiye’de ikamet eden,
- SGK güvencesi aktif olan,
- 15 günden büyük 61 yaşından küçük,
- Başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilmiş kişiler faydalanabilir.

Risk değerlendirmesi tazminat talebi süreçlerinde yapılmaktadır. Eğer tazminat talebi geçmişten gelebilecek bir hastalığa işaret ediyorsa, sigorta şirketi her türlü bilgi belge isteme, araştırma yapma hakkını kullanarak tazminat talebi ile ilgili kararını oluşturma hakkına haizdir. Yine bu bilgiler doğrultusunda ara dönem risk kabul (sürprimle kapsama alma, bu hastalığa muafiyet uygulama v.b.) yapılmaktadır.

Her yıl sonunda, kullanımdan bağımsız risk değerlendirme işlemi gerçekleştirilir. Risk değerlendirmesi sonucuna göre sigortalama/sigortalamama, limit ve teminatlarda kısıtlama, ek prim uygulama, belli riskleri kapsam dışında bırakma, katılım protokolü uygulama gibi kararlar verilebilir.

Sompo Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi, anlaşmalı sağlık kuruluşları ve kamu hastanelerinde sigortalının SGK’nın SUT doğrultusunda ödediği tutarın üzerinde kalan sağlık giderlerini poliçe teminat ve kapsamı dahilinde karşılayan bir güvencedir.

Limitler, sadece anlaşmalı kurumlarda poliçe genel ve özel şartlarındaki hükümlerle geçerlidir. Ayakta Tedavi teminatı; poliçe dönemi içerisinde poliçe üzerinde belirtilen defalık kullanım limiti ve varsa tutar limiti ile sınırlıdır. (Yıllık 10 kez) ‘Kullanım’, SGK’dan alınan her bir vaka takip numarasını ifade eder. Doktor muayenesi ile başlayan ve aynı tanı ve tedavi süreci dahilinde yapılan işlemler tek işlem olarak değerlendirilir. Ayakta tedavi teminatında katılım payı bulunmamaktadır; ilgili kanun gereği sigortalı SGK katılım payı ödeyecektir.

(01.01.2017 itibari ile geçerli mevzuat gereği 15 TL’dir, mevzuat değişiklikleri SGK tarafından yapılmaktadır.)



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz

****Fizik tedavi teminatı uygulaması ise, alınan vaka takip numarasından bağımsız olarak yıllık 30 seans ile sınırlıdır.**

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT):

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayınlanan ve SGK tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinden yararlanma esas, şart ve fiyatlarını belirleyen, hizmetin verildiği tarihte yürürlükte olan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'dir. Kısaca SGK hizmet fiyat listesi olarak tanımlanabilir.



SOMPO SİGORTA

Biz Sizi Anlıyoruz



**SOMPO
SİGORTA**



SOMPO SİGORTA
Biz Sizi Anlıyoruz