

TAMAMLAYICI SAĞLIK AMELİYAT SİGORTA POLİÇESİ ÖZEL ŞARTLARI

Madde 1 SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

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

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

Sigortalı; Sigorta kapsamına kabul talebinde bulunduğu başvuru formunu doldurduğu andan itibaren, poliçe süresi boyunca UNICO SİGORTA A.Ş'nin gerekli gördüğü takdirde kendisinin sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme, tedavisi hakkında kurum, doktor ve 3. kişilerden her türlü bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkı için izin vermiş sayılır.

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

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı veya havale yöntemi ile tahsil edilir.

Poliçede belirtilen sigorta teminatları ve limitleri, sadece poliçede yazılı kişiler için ayrı ayrı olmak üzere geçerlidir. Bunun dışındaki kimseler sigorta teminatlarından yararlanamazlar. Ayrıca, aile kapsamındaki sigortalılar, tedavileri ile ilgili belgeleri poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettiremezler.

Madde 2 TANIMLAR

POLİÇE

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

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ

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

POLİÇE BİTİŞ TARİHİ

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

POLİÇE TANZİM TARİHİ

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

POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

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

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

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

BAŞVURU VE BİLGİLENDİRME FORMU

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

SİGORTA ETTİREN

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

SİGORTACI

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

SİGORTALI / SİGORTALILAR

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

ŞİRKET

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında; kendisiyle sözleşme imzalamış Sigorta Şirketlerinin sigortalılarına almış oldukları ürün içerikleri doğrultusunda Anlaşmalı Kurumlardan sağlık hizmeti almalarını sağlayan İMECE DESTEK DANIŞMANLIK HİZMETLERİ A.Ş.

ANLAŞMALI KURULUŞ

ŞİRKET ile özel anlaşması bulunan ve SİRKET' in sözleşme yaptığı sigorta şirketi sigortalılarına bu anlaşma çerçevesinde sağlık hizmeti sunan kurumlardır.

Anlaşmalı kuruluşların isimleri, UNICO SİGORTA A.Ş.'ye ait www.unicosigorta.com.tr adresli web sayfası ile **İMECE DESTEK DANIŞMANLIK HİZ. A.Ş.** www.imecedestek.com adresinde güncel hali ile sunulmaktadır. Sigorta şirketinin Anlaşmalı Kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

ANLAŞMASIZ KURULUŞ

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

SAGMER

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile "TRAMER" adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile ise ünvanı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olarak değiştirilmiştir.

SBM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi), Türkiye Sigorta Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup Hayat, Hastalık/Sağlık, Zorunlu Trafik, Yeşilkart, Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza, Motorlu Kara Taşıtları-Kasko, Tıbbi Kötü Uygulama Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler ve Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Mesleki Sorumluluk Sigortaları'na ilişkin verilen tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suiistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması ve kamu gözetim-denetiminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir.

PRİM

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

İLAVE ÜCRETLER

İlave ücret 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir. İlave ücretin alınmasına ilişkin hususlar ise Sağlık Uygulama Tebliği'nin 3.3. numaralı maddesinde açıklanmıştır. Buna göre; Kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden istenen fark ücretlerdir.

KATILIM PAYI

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

LİMİT

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

ÖNCEDEN VAR OLAN RAHATSIZLIK

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 nöks ile komplikasyonlardır.

KOMPLİKASYON

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

PROVİZYON ONAYI

Şirket'in Anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

KONJENİTAL HASTALIK

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

KRONİK HASTALIK

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

MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

MUAFİYET

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

RİSK / RİZİKO

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

RÜCU

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

TEMİNAT

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

SUT

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

VERGİ İNDİRİMİ

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 Sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır.

Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 29 Haziran 2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6327 Sayılı kanun ile değiştirilerek 01 Ocak 2013 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %15'ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası primi, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla) beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için 1) Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde Muhasebe Servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz 2) Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir. (Prim ödeyenin adı/soyadı, ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim, ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı ve ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu, otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı ekstreleri makbuz yerine geçmektedir.)

Madde 3 TAMAMLAYICI SAĞLIK AMELİYAT SİGORTA POLİÇESİ CERRAHİ YATIŞ TEMİNATI

TAMAMLAYICI SAĞLIK AMELİYAT SİGORTA POLİÇESİ, UNICO SİGORTA A.Ş'nin ŞİRKET ile yaptığı sözleşmeye istinaden poliçe sahibi sigortalıların, ŞİRKET'in SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile sözleşme/protokolü bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarından oluşturduğu Anlaşmalı Kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek ilave ücretlerini, poliçede belirtilen teminat, limit, katılım payı ile özel ve genel şartlar doğrultusunda ödenmesini kapsar.

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

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

İş bu poliçe için geçerli Anlaşmalı kurumlar üzerinde ŞİRKET' in değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.unicosigorta.com.tr ve İMECE DESTEK DANIŞMANLIK HİZ. A.Ş. www.imecedestek.com adresinde yer almaktadır.

3.1.CERRAHİ YATIŞ – ODA YEMEK REFAKAT – YOĞUN BAKIM

Cerrahi Müdahale, tedavi amacıyla vücudun doku bütünlüğü bozularak ve / veya bozulmuş bütünlüğü düzeltmek amacıyla bir doktor tarafından Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda uygulanan cerrahi işlemlerdir.

Cerrahi Yatış teminatı, sigortalının UNICO SİGORTA A.Ş. tarafından belirlenmiş Anlaşmalı kurum listesinde yer alan ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından sigorta süresi içinde, hastane dışında tedavisi mümkün olmayan ve poliçe teminat kapsamındaki herhangi bir hastalık ve/veya kaza halinde, sigortalının hastanede yapılacak cerrahi tedavi giderleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerinin poliçe özel ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda karşılanmasını kapsar.

Poliçe kapsamında sadece Cerrahi Yatış tedavi giderleri ve bu tedavi sırasında sigortalının kullanacağı standart tek kişilik özel oda, yemek, bir adet refakatçi ve yoğun bakım giderleri karşılanır. Bu teminatlara ait bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek giderlerin toplamı yıllık limit olan ve poliçede belirtilen 100.000 TL ile sınırlıdır. (Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri yıllık 10.000 TL limit dahilinde yine bu toplam limitten düşülerek ödenir.)

Küçük müdahale kapsamında değerlendirilen (Örneğin; Endoskopik işlemler, Eksizyonel işlemler, görüntüleme eşliğinde biopsiler, enjeksiyon işlemleri ve kesi süturu, alçı/atel vb.) tanı, tedavi işlemleri cerrahi yatış/ameliyat olarak değerlendirilmez ve poliçe kapsamında ödenmez.

Cerrahi yatış giderleri devam ederken poliçenin bitmesi ve yenilenmemesi durumunda poliçe bitiş tarihinden 10 gün süreyle poliçe özel ve genel şartları doğrultusunda teminat kapsamındadır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için; Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması; ayrıca cerrahi tedavi talep edilen hastalık ve / veya rahatsızlığın sigorta başlangıç tarihinden sonra oluşmuş olması ile poliçe özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

Madde 4 BEKLEME SÜRELERİ

Tüm Cerrahi yatış tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

Madde 5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

1. Beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,
2. Küçük müdahale kapsamında değerlendirilen (Örneğin; Endoskopik işlemler, Eksizyonel işlemler, görüntüleme eşliğinde biopsiler, enjeksiyon işlemleri ve kesi süturu, alçı/atel vb.) tanı, tedavi işlemleri cerrahi yatış/ameliyat olarak değerlendirilmez ve poliçe kapsamında ödenmez.

3. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda meydana gelen sağlık giderleri,
4. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek cerrahi yatış tedavisinde kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
5. Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler, Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka hastalıkları, konka hipertrofisi, Konka Bulloza, SMR,septoplasti,nazal valv operasyonları vb.) ile ameliyat ve girişimler,
6. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar),
7. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.)
8. 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,
9. 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 ,
10. Cerrahi Tedavi teminat kapsamı dışındaki her türlü tanı ve tedavi giderleri,ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontras maddeler, malzeme masrafları, yurtdışında gerçekleşen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, ortopedik ayakkabı, tabanlık, koltuk değneği, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, buz kesesi v.b. her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderler, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar , diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb .
11. Şehir içi ve dışı her türlü Ambulans ücretleri, Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları vb. özel harcamalar,
12. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi gebelik ile ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri, Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri,
13. Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri,
14. 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 ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
15. 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,
16. 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 saklanması ilişkin giderler,
17. 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,

18. 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,
19. 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.

Madde 6 COĞRAFİ KAPSAM

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

Madde 7 SİGORTAYA KABUL

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, TC vatandaşı olup, TC sınırları dâhilinde ikâmet eden kişiler sigortaya kabul edilirler. Bu sigorta, 18 yaşından büyük ve 65 yaşında yada daha küçük kişileri teminat altına alır. Poliçenin kesintisiz yenilenmesi ve UNICO SİGORTA A.Ş.'nin uygun görmesi kaydıyla, sigortalının 75 yaşına kadar poliçesini devam ettirmesi mümkündür.

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

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

Madde 8 TAZMİNAT ÖDEMELERİ

UNICO SİGORTA A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki 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.

Poliçeniz kapsamındaki Acil olsun olmasın Cerrahi tedavi giderlerine ait tüm Anlaşmalı kurum Tazminat ve Provizyon işlemlerinizi İMECE DESTEK MERKEZİ tarafından sağlanacaktır.

7/24 Tazminat ve Provizyon hizmetleriniz için İMECE DESTEK MERKEZİ' ni 0212 978 14 51 numaralı telefondan arayabilirsiniz.

Sigortalı'nın şirketten provizyon onayı almayıp, kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır. Ancak Anlaşmalı Kuruluş bulunmayan illerde gerçekleşen cerrahi tedavi giderlerinize ait harcamalarınızın ödenebilmesi için tüm belge dokümanlarınızın fatura asıllarınızla birlikte UNICO SİGORTA A.Ş. ne gönderilmesi gerekmektedir. Anlaşmalı Kuruluş bulunmayan illerde gerçekleşen cerrahi tedavi giderleriniz, poliçe özel ve genel şartları kapsamında değerlendirilerek azami 10.000 TL olmak üzere ilgili tedavinin SUT taki karşılığının 1.5 katı olarak ödenir.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği UNICO SİGORTA A.Ş ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdaki zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, UNICO SİGORTA A.Ş.'ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

Madde 9 RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

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

Madde 10 PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

UNICO SİGORTA A.Ş. UNISAĞLIK TAMAMLAYICI AMELİYAT SİGORTASI fiyatlarını birey bazında, yaş, ürün kapsamı, teminat yapısı ve limiti, komisyon oranı, geçmiş dönem kullanımı, enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Ayrıca sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları artışlar da değerlendirmede dikkate alınmaktadır. Primler gerekli görüldüğü durumda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda değiştirilebilir.

Sigorta priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatı ve taksitleri poliçe üzerinde yazılı vadelerde, sigorta ettirenin belirtmiş olduğu ödeme yöntemine göre (nakit, kredi kartı ve havale) tahsil edilir.

Madde 11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerli olacaktır. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihi ile doğum yılı dikkate alınarak yıl- yıl olarak hesaplanır.

Yeni doğan bebekler doğum tarihi itibarıyla 15.gün risk analizi değerlendirmesi yapılarak sigorta ettirenin 18 yaşından büyük ve aynı poliçede sigortalı olması durumunda aile poliçesine prim alınarak eklenir ve sigortalıdır.

0-17 yaş çocuklar tek başına sigortalanamaz.

Madde 12 SİGORTANIN YENİLENMESİ

Sigortalı, vadesi dolan poliçesini 30 gün içinde yenilemelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalı olacak bir müşteri olarak kabul edilir.

Yenilemede risk analizi değerlendirmesi sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit ve ek prim uygulanabilir. Sigortacı' nın poliçe yenileme döneminde, Sigortalı' ya Hasar / Prim oranına göre ek prim uygulama, hasar prim oranına ve/veya risk kabul kriterlerine göre poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır. Yenileme döneminde H/P oranı %100 ü aşan poliçeler için uygulanacak ek prim maksimum üç katı ile sınırlıdır.

Poliçenin kesintisiz yenilenmesi ve UNICO SİGORTA A.Ş.'nin uygun görmesi kaydıyla, sigortalının 75 yaşına kadar poliçesini devam ettirmesi mümkündür. UNICO SİGORTA A.Ş. uygun görmesi halinde ve sigortalı/sigorta ettirenin onayını almak suretiyle mevcut prim ödeme aracı bilgilerini kullanarak prim tahsilatı yapıp, poliçeyi otomatik olarak yenileyip sigorta ettirene gönderebilir. Sigortalı/sigorta ettirenin poliçe teslimini takip eden 30 gün içerisinde poliçe iptalini istemesi durumunda ise poliçe mebdeinden iptal edilir, tahsil edilen prim, rizikonun gerçekleşmemiş ve sağlık giderinin ödenmemiş olması kaydıyla, kesinti yapılmadan iade edilir.

Tamamlayıcı Sağlık Ameliyat Sigortası'nda yenileme garantisi uygulaması bulunmamaktadır.

Madde 13 PRIMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN/SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

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

Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe temerrüde düşer ve UNICO SİGORTA A.Ş., Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklı kalmak kaydıyla Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uyarınca işlem yapar.

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

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

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

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

Sigorta Ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta Ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı' ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda sigorta ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir Poliçede, Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu Poliçelerde, Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.