

UNISAĞLIK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI YATARAK TEDAVİ

ÖZEL ŞARTLAR

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

İşbu Unico Sigorta A.Ş. ("Unico Sigorta" veya "Sigortacı") tarafından sunulan Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi Poliçesi ("Sigorta Sözleşmesi" veya "Poliçe") ile, sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde,

- Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK"), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası ("GSS") kapsamında, sigortacının bu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurumu ve/veya Kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarları,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigortacı arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ("SUT") fiyatları üzerinde kalan tutarları,

Sağlık Sigortası Genel Şartları Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ("Yönetmelik") ve işbu Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi Özel Şartları'na ("Özel Şartlar") uygun olarak teminat altına alınır.

Bu sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış ve GSS hak sahipliği olan kişiler için geçerli olup, GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, GSS hak sahipliği aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler, sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

2. TANIMLAR

Sigortacı

Hastalık ve sağlık sigortası branşında faaliyet ruhsatı bulunan Türkiye'de kurulmuş sigorta şirketi ile yurt dışında kurulmuş sigorta şirketinin Türkiye'deki teşkilatını ifade eder.

İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı, Unico Sigorta'dır.

Sigortalı

Sigorta sözleşmesi ile sağlık giderleri teminat altına alınan ve poliçede ismi yer alan kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren

Sigorta sözleşmesinin tarafı olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda bulunan gerçek veya tüzel kişidir.

Poliçe

Sigortacı tarafından özel bir format çerçevesinde düzenlenen, Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi ürününe ilişkin vade, özel ve genel şartlar, limitler, istisnalar gibi hususlar ile uygulama bilgileri ve ödeme koşullarını içeren; eğer koşullar gerçekleşmişse teminatların belirlenen limitler dahilinde ödenmesini garanti altına alan, şirket kaşe ve yetkili imzalarını taşıyan sigorta sertifikaları dahil belgelerin tümünü ifade eder.

Özel Şartlar

Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, söz konusu poliçe ürününe özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Sağlık Sigortası Genel Şartlarının en güncel hali www.tsb.org.tr adresli internet sitesinde yer almaktadır.

Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi- SAGMER

Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ("SBM"), 16 Aralık 2003 tarihli ve 25318 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile kurulmuştur. SBM, Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup hayat, hastalık/sağlık, zorunlu trafik, yeşil kart, zorunlu karayolu taşımacılık mali sorumluluk, otobüs zorunlu koltuk ferdi kaza, motorlu kara taşıtları-kasko, tıbbi kötü uygulama zorunlu mali sorumluluk sigortası, tehlikeli maddeler ve tüp gaz zorunlu sorumluluk sigortası, mesleki sorumluluk sigortalarına ilişkin verilerin tek bir 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 etkinleştirilmesini hedeflemektedir.

SBM'nin işleri ve amaçları çeşitli alt kurum ve merkezler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. SAGMER, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi'ni ifade eden alt merkezdir. SAGMER sigorta şirketlerinin, sigortalılarına sağlık poliçeleri ile ilgili bilgi sağlamak amacıyla oluşturduğu bir hizmet birimi olup sağlık sigortası kapsamında hizmet alan kişilere; poliçe detayları, teminatlar, haklar, teminat dışı haller ve sağlık hizmeti kullanımı hakkında rehberlik sağlar.

Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri ve ambulans gibi çeşitli hizmetler alabildikleri 0850 222 28 00 numaralı telefon hattıdır.

Doktor

Hastalığının teşhis ve tedavisi için kendisine başvurulun, tıp fakültesini bitirmiş her türlü teşhis ve tedavi için lisansı olan ehliyetli kişidir.

Teşhis

Belirti ve bulgular (fizik muayene, tahlil, röntgen, tomografi, endoskopi vb. sonuçları gibi) aracılığıyla sigortalının hastalığını veya kaza sonucu meydana gelen durumun tespiti.

Tedavi

Sigortalının hastalığını ya da kaza sonucu oluşan yaralanmayı iyileştirmek amacıyla yapılan tıbbi ve cerrahi müdahaleye denir. T.C. Sağlık Bakanlığınca çalışma ruhsatı verilmiş sağlık kuruluşlarında (hastane, klinik ve poliklinik), özel doktor muayenahanelerinde görevli çalışmaya ehliyetli doktorlarca hastalıkları tedavi etmek amacı ile yapılan işlemlerdir.

Hastalık

Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

Rahatsızlık

Bir kişinin doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık

Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, poliçe başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlık ve bunlara bağlı olarak gelişen nüks ile komplikasyonlardır.

Azami İyi Niyet Prensibi

Sigortacı tarafından sorulmasa dahi sigorta ettirenin, sigorta sözleşmesinden yararlanacak tüm sigortalıların, geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya mahal vermeyecek şekilde gönüllü olarak sigortacıya bildirilmesi, azami iyi niyet prensibini ifade eder.

Sigortacı bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını sigortalı/sigorta ettirenin kendisine vermiş olduğu beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle sigortalı/sigorta ettiren sözlü olarak, başvuru ve beyan formu ile diğer tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermekle ve sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları doğru beyan etmekle yükümlüdür.

Komplikasyon

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

Konjenital Hastalık

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

Kronik Hastalık

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

Mesleki Hastalık

Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işini yürütürken gerçekleşen geçici veya sürekli bedensel veya ruhsal hastalık hâlleridir. (Örneğin asbestozis, silikozis, silikotüberküloz gibi)

İş Kazası

Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada yürütülmekte olan iş nedeniyle veya sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş gelişi sırasında meydana gelen travmatik hastalıkları ifade eder. (Örneğin kalıp imalatında pres makinasına elin sıkışması, inşaat onarımı sırasında yüksekten düşme gibi)

İstisna

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

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

31 Mayıs 2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu Kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

SGK Katılım Payı

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Sağlık yardımları SGK tarafından karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi

giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

İlave Ücretler

SGK ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden SGK tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla SGK'ya fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

Sağlık Kurumu

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri gibi kurumlardır.

Sağlık kuruluşu ibaresi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi olarak kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, zayıflama merkezlerini kapsayacak şekilde yorumlanamaz.

a. Anlaşmalı Sağlık Kurumu

Sigortacının Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi ürünü için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarının listesi, www.unicosigorta.com.tr adresli internet sitesinde güncel hali ile sunulmaktadır.

Sigorta şirketinin Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

b. Anlaşmasız Sağlık Kurumu

Sigorta ettirenin, poliçede tercih etmiş olduğu kurumlar dışında yer alan ve SGK ile anlaşmalı olup Unico Sigorta ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

Poliçede tercih edilen anlaşmalı bir sağlık kurumunun kadrosunda görev yapan ancak Unico Sigorta sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar “Anlaşmasız Sağlık Kurumu” olarak değerlendirilir.

Tazminat

Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dahilinde, sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

a. Provizyon

Anlaşmalı Sağlık Kurumları üzerinden talep edilen ve sigortalı sağlık harcamalarının karşılanıp karşılanmayacağını gösteren ön değerlendirme sonucu provizyon olarak adlandırılır.

Sigortacının Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde sigortalı lehine verdiği sağlık gideri ödeme taahhüdü “Provizyon Onayı” ve bu şekilde karşılanan tazminat ödeme şekline “Kuruma Ödeme” olarak adlandırılır.

b. Kuruma Ödeme

Poliçede tercih edilen Anlaşmalı Sağlık Kurumunda gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon/e-provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılım payını ödeyerek hizmet almasıdır. Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, sigortacının sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

Kuruma ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sigortalının tedavisi için tercih ettiği Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından SGK' dan ve sigortacıdan provizyon alınır,
- Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu doldurulur,
- Provizyonun onaylanması durumunda sigortalı sadece GSS kapsamında kendisine ait katılım payını öder. Sigortacı tarafından sigortalı adına doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödeme yapılır. Provizyona ilişkin fatura ve tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar gibi evraklar Anlaşmalı Sağlık Kurumu tarafından sigortacı' ya gönderilir.

c. Sigortalıya Ödeme

Provizyon/e-provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna ödeme yapıp daha sonra sağlık giderine ait fatura ve Özel Şartların "Kuruma Ödeme" başlıklı maddesinde belirtilen gerekli belgeleri sigortacıya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigortacının ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

Teminat

Sigortacının, sigorta poliçesinin özel ve genel şartları çerçevesinde poliçesinde belirtilen limit dâhilinde ödemeyi üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamıdır.

Katılım Payı

Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden geri kalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

Prim

Sigortacının verdiği teminatlar karşılığında sigorta ettirenin ödemesi gereken ücrettir.

a. Sağlık Tarife Primi

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, seçilen Anlaşmalı Sağlık Kurumu, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti, medikal enflasyon değişkenleri, risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

b. Sağlık Primi

Sağlık tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.

c. Sağlık Net Primi

Sağlık primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

d. Toplam Poliçe Primi

Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu, sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

e. Hastalık Ek Primi

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacının değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tarife Primi"ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

Teklifname

Sigortalı adayına ait bilgileri, istenen teminatları ve prim ödeme planını içeren, sigorta ettiren veya sigortalı tarafından imzalanan, teklif niteliğindeki belgedir.

Zeyilname

Police yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve polisenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir sigorta sözleşmesidir.

Police Başlangıç Tarihi

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Police, belirtilen tarihte Türkiye saati ile 12:00'da yürürlüğe girer.

Police Bitiş Tarihi

Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Police, policede belirtilen bitiş tarihinde Türkiye saati ile 12:00'da sona erer.

Police Tanzim Tarihi

Polisenin düzenlendiği tarihtir.

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Unico Sigorta'da aralıksız devam eden tamamlayıcı bireysel sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş veya transfer poliçesine ilk giriş tarihidir.

Kazanılmış Hak

Sigortacı tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır. Diğer sigorta şirketlerinden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir. "Kazanılmış Hak" olarak kastedilen; aralıksız olarak devam ettiği policedeki ilk sigortalanma tarihi, yenileme güvencesi varsa istisna, limit, ek prim gibi police risk analiz kararları, sigortanın ilgili ürünündeki tanımına uygun olarak taşınması anlamına gelir. Bunun dışında önceki sigorta şirketinin özel şartları ile aynı şartlarda bir police kazanılmış hak olarak kabul edilmemektedir.

Triyaj Uygulaması

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil Alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

3. TEMİNATLAR

Sigortacı, police süresi içerisinde bu ürüne özel Anlaşmalı Sağlık Kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak policede belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kurumu, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa policede tanımlı istisnalar, Sağlık Sigortası Genel Şartları, ilgili Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

Policede yer alan teminatların kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının almış olduğu poliçesinde geçerli ve Unico Sigorta'nın Anlaşmalı Sağlık Kurumu listesinde yer alan, SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede tedavi olması,
- Sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın SGK tarafından ödeniyor olması, sigorta poliçesi Özel şartlarına ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına uygun olması gerekmektedir.

3.1. Yatarak Tedaviler

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılınca kadar uygulanan ameliyatsız veya ameliyatsız olarak hastanede yapılan yatarak tedavileri (oda/yoğun bakım odası, refakatçinin yatak ve yemek giderleri dahil), kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili giderler, koroner anjiyografi ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Toplamda tüm yatarak tedavi teminatları için masraflar, teminat limitleri dahilinde en fazla 180 gün için karşılanır. Yoğun bakım ünitesi teminatı en fazla 90 gün ile sınırlıdır. Yoğun bakım ünitesi için belirlenen 90 günlük süre, toplam üst limit olarak belirlenen 180 günden düşerek hesaplanır. Sigorta bitiş tarihinde devam etmekte olan yatarak tedaviler poliçenin Unico Sigorta'dan ya da bir başka sigorta şirketinden yenilenmemesi şartıyla 10 günü geçmemek kaydıyla teminat limitleri çerçevesinde karşılanır.

3.2. Evde Tıbbi Bakım ve Tedavi

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken sigortacı tarafından önceden onaylanması koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Bu teminat sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerlidir.

3.3. Suni Uzuv/ Protez

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları bu teminat limiti kapsamında karşılanır. Suni uzuv yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

SGK tarafından ödenmeyen SUT listesinde yer almayan protez, tıbbi malzemeler, operasyon esnasında kullanılan malzemeler poliçede belirtilen Özel Şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartlara uygun teminat limit ve yüzdesi dahilinde geçerlidir.

3.4. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu poliçe Özel Şartları doğrultusunda sigortalıya uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel (orthez, brace, aktif ankle, bon spur pad), walker, elastik bandaj, kol askısı, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, oturma simidi, koltuk değneğinden ibaret tıbbi malzemeler, aerochamber ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan, hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenecek sigortacının onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

3.5. Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna karayolu ile nakli için "0850 222 28 00 Müşteri Hizmetleri" ni araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Ambulans" teminatından yararlanır. Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, sigortacıya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigortacının onayı ile hasarın gerçekleştiği ülke sınırları dahilinde kara ambulans hizmeti sigortacı tarafından verilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

Anlaşmasız ambulans hizmeti poliçe üzerinde yazılı teminat limitleri dahilinde geçerlidir.

3.6. Ayakta Tedaviler

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi masraflarını kapsar.

Ayakta tedavi teminatı poliçede belirtilen adet ile sınırlıdır. Her bir muayene işlemi ve ilişkili diğer tanı işlemleri 1 (bir) adet olarak değerlendirilir. Doktor muayenesi ile ilişkili olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır.

Triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.7. Fizik Tedavi

Fizik tedavi uygulamaları, uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Sadece fizik tedavi amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz. Fizik tedavi teminatı ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın toplam 20 (yirmi) seans ile sınırlıdır.

3.8. Asistans Hizmetler

Sigortalının tercih ettiği planda bulunması kaydıyla; Unico Bütünsel Sağlıklı Yaşam Paketi, Unico Koruyucu ve Önleyici Sağlık Paketi, Onkoloji Destek Paketi hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler, teminat niteliğinde olmayıp verilen hizmet, içerik ve uygulama bakımından farklılık gösterebilecektir. İlgili poliçe dönemi boyunca geçerli olacaktır. Sigortacı hizmetler tanımı ve süresinde değişiklik ve iptal hakkını saklı tutar.

Asistans Hizmetlerden faydalanabilmek için; 0850 284 55 34 numaralı telefondan müşteri doğrulama sonrasında talebinize uygun olarak mutabık kalınan zaman için randevu organizasyonu sizler için yapılacaktır.

Elden ödeme uygulaması bulunmamaktadır.

4.EK TEMİNATLAR (EK PRİMLİ)

Aşağıdaki teminatlar, sigorta ettirenin tercihine bağlı olarak sigortalının dahil olduğu poliçe planlarında yer alması halinde poliçe planında belirtilen limit, muafiyet, kurum ağı (network), coğrafi kapsam ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

4.1 GEBELİK

Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 (onsekiz) yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar doğum teminatı alabilir. Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve poliçede belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili teminatlardan karşılanır.

4.2 GEBELİK RUTİN KONTROLLERİ

Gebelik rutin kontrolleri, poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerlidir. Gebelik öncesi TORCH tetkiki ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler (TORCH, HIV, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), gebelik dönemindeki periyodik doktor muayeneleri ayakta tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup poliçede belirtilen Gebelik Rutin Kontroller teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

4.3 DOĞUM

Normal doğum ve sezaryen doğum poliçede belirtilen bu teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır. Normal doğum, sezaryen doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen doğum teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Epidural masrafları kapsam dışıdır. Doğum teminatı, ek prim ödenerek poliçe kapsamı altına alınır ve sadece poliçelerinde doğum teminatı olan sigortalılar için geçerlidir. Bu teminata hak kazanabilmek için poliçe düzenlendiği sırada kişinin hamile olmaması gereklidir. Doğum teminatından faydalanabilmek için poliçenin düzenlenme tarihi itibarıyla 6 (altı) ay bekleme süresi bulunmaktadır. Doğum teminatı satın alınması halinde, gebelik rutin kontrolleri, doğum, gebelik komplikasyonları seçilen ayakta tedavi teminatı limitinden azalan bakiye şeklinde düşülecektir.

Doğum teminatı kapsamına giren tüm giderler, 1 (bir) yıllık poliçe döneminde sadece 1 (bir) kere ödenir. İsteğe bağlı kürtaj poliçe kapsamı dışındadır. Önceki gebelik döneminde yapılan bir düşüğün nedeninin araştırılmasına yönelik giderler poliçe kapsamında değildir.

Bebeklerin doğuştan gelen hastalıklarının poliçe kapsamına alınarak doğdukları tarih itibarıyla sigortalıların sigortalı adayı bebeğin annesinin ayakta ve yatışlı tedavi teminatı içeren bir poliçeye sahip olması ve isteğe bağlı olan doğum teminatını poliçesine ilave etmiş olması gerekir.

Doğum masrafları Unico Sigorta tarafından karşılanmaya hak kazanmış sigortalıların bebeklerinin doğumundan itibaren ilk 14 (on dört) gün içerisinde, doğum belgesi ve hastane çıkış raporu, epikriz raporu ile poliçeye girişinin talep edilmesi halinde, sigorta döneminin sonuna kadar gün esaslı prim karşılığı "Unico Bebeği" olma ayrıcalığı ile ilk günden itibaren Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile sigortalıdır.

Unico Sigorta'da poliçesi mevcut olup doğum teminatına hak kazanmayan sigortalıların bebekleri için; poliçeye girişinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi talep edilmesi halinde doğumunu takiben ilk 14 (on dört) gün içerisinde başvurulması halinde, sağlık başvuru formu, doğum belgesi, epikriz raporu ile risk değerlendirme yapılarak doğduğu gün itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilerek sigortaya girişleri yapılır. 14 (on dört) gün içerisinde başvurusu yapılmayan bebeklerin sağlık başvuru formu tarihi itibarıyla risk değerlendirme yapılarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirilir ve buna göre sigorta kapsamına alınır.

Yenileme döneminde ürün, network, limit değişikliği yapılması halinde bekleme süresi yeniden başlar ve mevcut gebelik için sağlık giderleri ödenmez.

Diğer şirketlerden geçişte doğum bekleme süresi hakkı taşınmaz. Kurumsal sağlık poliçesinden bireysel sağlık poliçesine geçişlerde doğum bekleme süresi hakkı taşınmaz.

Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.

4.4 GEBELİK KOMPLİKASYONLARI

Gebeliğin sebep olduğu her türlü hastalıklar, komplikasyonlar (hiperemesis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi gibi), doğum sonrası lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar, poliçede belirtilen bu teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

5. BEKLEME SÜRELERİ

5.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındaki tüm işlemler (kırmızı alanlar hariç) ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 3 (üç) ay sonra kapsama alınır.

Dünya Sağlık Örgütü ve/veya T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve şikayetlerin sigorta kapsamına dahil olunduktan 1 (bir) ay sonra ortaya çıkmış olması şartıyla poliçe teminatları, limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde kapsama alınır.

5.2. Doğum Teminatı Bekleme Süresi

Kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 (on sekiz) yaş ve üzerindeki sigortalının doğum teminatı alabilmesi için poliçe tanzim tarihi itibarıyla gebe olmaması gerekmektedir. Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için 6 (altı) aylık bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre sigortalının, doğum teminatı bulunan poliçe kapsamına dahil olmasından itibaren başlayacaktır. Diğer sigorta şirketinden geçişlerde, diğer sigorta şirketinde doğum teminatı bulunsu dahi Unico Sigorta'daki poliçesinde 6 aylık bekleme süresi, sigortalının doğum teminatı bulunan Unico Sigorta poliçesi kapsamına dahil olmasından itibaren başlayacaktır.

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren 6 (altı) ay sonra hamileliğinin başlaması gerekmekte olup gebelik hak edişi hesaplamasında sigortalının son adet tarihi ("SAT") dikkate alınır. SAT'ın poliçe üzerinde belirtilen bekleme süresi sonrasında ve gebelik takibinde yapılan ultrasonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi, doğum teminatının tekrar poliçeye dahil edildiği tarih itibarıyla yeniden başlar.

Poliçede bir üst kurum ağı (Network) geçişi yapılması durumunda bekleme süresi yeniden başlar ve mevcut gebelik için sağlık giderleri ödenmez, kapsam dışıdır.

6. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup sigortacı tarafından karşılanmaz. Ayrıca, sigortacı, teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstahaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri,
2. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesinin ikinci fıkrası gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,

3. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
4. SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü giderler,
5. Ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç gideri, malzeme masrafları ve aşı giderleri,
6. Sigorta/Police başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
7. Police başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;
Doğuştan gelen (konjenital) tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar, genetik hastalık durum araştırması, taranması) Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar, Otoskleroz, keratokonus, 0-6 yaş arasındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fitik işlemleri, omurga şekil bozuklukları (kifoz, skolyoz gibi) tedavisi ve komplikasyonları ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, septoplasti, konka hastalıkları, nazal valv operasyonları), halluks valgus, halluks rigidus, pes planus vb. tanı tedavi ve komplikasyon giderleri
8. Kilo ve iştah bozukluklarına ilişkin zayıflama ve kilo alma programları, obezite ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi, cerrahi, komplikasyon ve kontrol giderleri, kilo kontrol bozuklukları, obezite ile ilgili her türlü gider, obezite tedavisi (xenical, reductil, saxsenda vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi),
9. Yapı bozuklukları, motor mental gelişim ve büyüme bozukluğu, (büyüme ve gelişme geriliği / ileriliği, erken / geç puberte vb.) ile ilgili rutin ve spesifik her türlü tetkik ve tedavi giderleri,
10. Alkolizm, alkol (promil seviyesine bakılmaksızın), uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, rahatsızlık / hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
11. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
12. Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
13. Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkik (kabul edilen hamilelik takibi hariç) ve tedavi giderleri,
14. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
15. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil) ile işbu Özel Şartlar'ın "Tanımlar" başlıklı 2 nci maddesinde yer alan Sağlık Kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,
16. Demansiyel sendromlar (Alzheimer, Parkinson hastalığı ve bunamalar), psikiyatrik, geriatric hastalıklar ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları
17. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın alternatif tedavi yöntemleri (akupunktur, homeopati, osteopati, hipnoz, yoga, mezoterapi, aromaterapi, nöral terapi, kayropratik tedaviler, ayurveda ve PRP (Platelet Rich Plasma- Trombositten Zengin Plazma, anti-aging uygulamaları), yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, kaplıca tedavileri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, nöraltterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, ve PRP (Platelet Rich Plasma – Trombositten Zengin Plazma), PRF (Platelet Rich Fibrin) , telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan- lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyültme, küçültme ve estetik

operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma (liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler, vücudun herhangi bir bölgesine deldirme işlemi yapılması, piercing, küpe gibi aksesuarların takılması ve çıkarılması, dövme, saç boyası gibi işlemler ile bu işlemler kapsamında takılan aksesuarların neden olduğu komplikasyonlar sonucu oluşan kontrol, muayene, tedavi, ameliyat giderleri ile her türlü estetik ve kozmetik amaçlı giderler,

18. Herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol amaçlı yapılan muayene ve tetkikler, ehliyet başvurusu, evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
19. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey (CPAP cihazı, kalibrasyonu ve monitörizasyonu)
20. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;
 - Gözde kırılma kusurlarıyla (miyop, hipermetrop, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,
 - Göz kaymaları, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (ortoptik tedaviler gibi),
 - Gözlük, lens giderleri (Poliçede "gözlük" teminatı olması durumunda bu teminat dahilinde değerlendirilir.)
21. Diş hekimi ve çene cerrahlarınca yapılan muayene ve tedaviler (Poliçede "diş" teminatı olması durumunda bu teminat dahilinde değerlendirilir.)
22. Ses ve konuşma terapileri,
23. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS), Frengi (Sifilis) ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
25. Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların spesifik testleri,
26. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,
 - Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH-Anti Müllerian Hormon gibi) ile endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
 - Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
 - Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
27. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni, penil kordi, vajinismus ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
28. Yeni doğan bebeğin doğuştan gelen hastalıkları ile kuvöz ve prematüre giderleri,
29. Amatör veya hobi amaçlı olsun olmasın tüm tehlikeli spor faaliyetleri ve/veya bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetlerden (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), kiteboarding, kitesurfing, su altı sporları, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları ve ehliyet gerektirmeyen elektrikli scooter, elektrikli bisiklet ve elektrikli motosiklet, kayak, ulaşım amaçlı olsa dahi motosiklet kullanma vb.) doğan masraflar ile profesyonel ve/veya lisanslı her türlü spor

faaliyetlerinden kaynaklanan masraflar,

30. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,
31. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
32. İşbu Özel Şartlar'da tanımlanmış olsun veya olmasın, poliçede tercih edilmeyen teminatlar ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri,
33. Yurt dışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurt dışından hangi kanal ile getirilirse getirilsin tüm ilaçlar,
34. SUT'ta yer almayan işlemler, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler,
35. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile 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, diş macunu, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası Veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
36. Bruksizm (diş sıkma ve gıcırdatma) hastalığıyla ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
37. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar, ikinci refakatçi ücretleri, süit oda farkları, sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama gibi) her türlü gider,
38. T.C. Sağlık Bakanlığı ilaç ruhsatı alan ürünler SGK kullanımı sonrası oluşan farklar/poliçede alınmış ise ek teminat limiti kapsamı dışında kalan tutarlar,
39. Dünya Sağlık Örgütü ve/veya T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri,
40. Kaza sonucu veya yanma sonucu olmadığı takdirde estetik ve rekonstrüktif cerrahi, jinekomasti tetkik ve tedavileri, meme küçültme ve büyütme ameliyatları,
41. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen işlemlerde, poliçe ekinde yer alan teminat tablosunda belirtilmiş limit üzerinde kalan tutar,
42. Sigortacı tarafından teminat kapsamında değerlendirilerek kabul edilen ambulans hariç her türlü ulaşım gideri,
43. Uzaktan Sağlık Hizmeti (Teletıp, online verilen hizmetler) kapsamında sigortacı tarafından bu hizmetler için belirlenen kurumlar dışında gerçekleşen giderler,
44. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen, Sosyal Güvenlik Kurumu "Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)" kapsamında düzenlenen "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri,
45. Sigortacının www.unicosigorta.com.tr adresli kurumsal internet sitesinde belirtilen "Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar" adımı altında bulunan kurumlara ve/veya hekimlere ait her türlü sağlık giderleri,
46. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait tüm giderler,
47. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkürminata vb.) ve molluscum contagiosum, HPV enfeksiyonları muayene, tetkik, tedaviler

ve komplikasyonlarına ait giderler,

48. Tıbbi ve yardımcı tıbbi malzeme statüsünde değerlendirilemeyecek her türlü alet, cihaz ve yine her ne isim altında olursa olsun bu cihazlara ait alet kullanım bedeli, alet-cihaz kira bedeli (robotik cerrahi için robot kullanımı-kira ücreti gibi) ile ilgili tüm giderler,
49. İşbu Özel Şartlar'ın "Tanımlar" başlıklı 2'nci maddesinde yer alan Doktor ve Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi ve/veya kurumlar tarafından düzenlenen her türlü fatura,
50. Sigortalının vefatı halinde morg ve cenaze masrafları ile ilgili giderler,
51. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri,

Sigortacı, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu Özel Şartlar'ın "Teminat Dışı Kalan Haller" başlıklı maddesinde eklemeler ve/veya düzenlemeler yapabilir.

6.COĞRAFİ KAPSAM

Police yer alan teminatlar sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir. Yurt dışı tedavi giderleri police kapsamında değildir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) yurt dışı olarak değerlendirilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Limit ve Katılım Payı Uygulaması

Police üzerinde belirtilen limitler ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup policede yazılı olan oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları hiçbir şekilde karşılanmaz.

Kalan limit, police üzerinde belirtilen brüt limitten, sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır. SGK tarafından alınan katılım payı, bu hesaplamanın dışındadır.

7.2. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Networkler

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Şirketimizin kurumsal internet sitesi olan www.unicosigorta.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile sigortacı arasındaki iş birliğinin sona ermesi durumunda, ilgili sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon alınmalıdır. Tercih edilen Anlaşmalı Sağlık Kurumu kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödeme yapılır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması, bu kişi veya kurumların Unico Sigorta tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi, bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Unico Sigorta tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup hiçbir halde Unico Sigorta'nın sorumluluğuna gidilemez.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Tazminat Ödemeleri

Sigortalının police ve teminatları için geçerli olduğu belirtilmiş olan Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda, sigortacıdan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, policede

belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortacı tarafından sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na yapılır. Bu ödemeler Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödeme sürecinde değerlendirilir.

Acil tedaviler dışındaki ameliyat ve tıbbi tedavilere ilişkin provizyon taleplerinin en az 48 (kırk sekiz) saat önceden Anlaşmalı Sağlık Kurumu aracılığı ile sigortacıya bildirilmesi gerekmektedir.

Sigortalı başvuruda bulunduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumuna sigortalı olduğunu belirtmek ve SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür.

8.2. Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında Tazminat Ödemeleri

Sigortalının tercih etmiş olduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumu dışında gerçekleşen sağlık hizmetlerine ait faturalar; ayakta ve yatarak tedavilere ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşmasız kurum limiti ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

Bu halde, sigortacıya gönderilmesi gereken belgeler aşağıda sayılmaktadır:

- Fatura aslı (fatura üzerinde yapılan tetkiklerin, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçların, yapılan ameliyatların, doktor ücretlerinin vb.nin ayrıntılı dökümü olmalıdır)
- Reçete aslı, ilaç kutuları ve eczane kasa fişi aslı,
- Tetkik yapıldı ise sonuçlarının fotokopisi (tahlil, röntgen, MR vb.),
- Yatarak tedavi ise epikriz raporu ile müşahade dosyası fotokopisi,
- Ameliyat ise ameliyat raporu,
- Operasyon ücreti, anestezi ve asistan ücretlerinin ayrı faturalar halinde tanzim edildiğinde, hastane faturasına yapılan masrafların dökümünün eklenmesi gerekmektedir.
- Kaza sonucu oluşan bir durum ise kaza zaptı, alkol raporu gerekmektedir.

9. BEYAN VE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortacı, sigorta sözleşmesinin kurulması aşamasında sigortalı ve/veya sigorta ettirenin ilk başvurusunda başvuru ve beyan formunda beyan ettiği tüm bilgileri, sigorta sözleşmesinin yenilenmesi aşamasında ise sigortalının yıl içindeki tazminatlarını, tıbbi kayıtlarını ve sağlık durumunu esas alarak değerlendirme yapar.

Türk Ticaret Kanunu'nun sigorta ettirenin beyan yükümlülüğünü düzenleyen 1435. maddesi uyarınca, sigortalı ve/veya sigorta ettiren başvuru ve beyan formunda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap vermekle yükümlüdür. Sigortacı gerekli gördüğü hallerde ek beyan, bilgi ve belge talep edebilir veya başvuruyu kabul etmeyebilir. Sigortalı ve/veya sigorta ettiren, sigorta sözleşmesinin devamı süresince de değişen durumlara ilişkin sigortacının derhal bilgilendirilmesi gerekmektedir. Başvuru sürecinde ve/veya sigorta sözleşmesi süresince sigortalı ve/veya sigorta ettirenin söz konusu beyanlarının gerçeğe aykırı veya eksik olması ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi durumunda Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca, sigortacıya tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, ilgili durumun tespit edildiği tarih itibarıyla sigorta sözleşmesi şartları yeniden düzenlenebilecektir. Bu durumda, sigortacı tarafından ödenen tazminatların sigortacıya iade edilmesi, sigortacı tarafından sözleşme şartları yeniden belirlenerek muafiyet, ek prim, limit vb. uygulanması suretiyle sözleşmeye devam edilebilecek ve/veya sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

"Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesi gereğince sağlık beyan formunda sorulmamış olsa dahi sigorta poliçesinden yararlanacak tüm sigortalıların, geçmiş ve mevcut rahatsızlıkları/hastalıklarına ilişkin sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve açık olarak sigortacıya bildirmeleri esastır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilen beyan ve ihbar yükümlülüğünün yanı sıra sigortacı, alınan sağlık başvuru ve beyan formuna ek olarak sigorta kapsamını ilgilendiren bütün konularda doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma, gerektiğinde SAGMER'den bilgi alma hakkına sahiptir.

10. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

10.1. Poliçenin Yenilenmesi

- Sigorta sözleşmesi, en çok 1 (bir) yıl süreyle geçerlidir. Sona eren poliçe için sigortalılığın kesintisiz devamı halinde kazanılmış haklara devam edilebilir; sigorta poliçesinin bitiş tarihini takiben sigortalı sigorta ettirenin talebiyle sigortacının belirleyeceği esaslar dahilinde yenileme poliçe düzenlenebilir. Poliçe yenileme işlemleri, poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içinde yapılmalı ve bu süre içerisinde sigorta sözleşmesi priminin tamamının veya sigortacı tarafından belirlenen ilk taksitinin ödenmesi gereklidir. Poliçe yenilemesinin 30 (otuz) günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir sigortalı olarak kabul edilir. Yenilemede risk analizi sonucu sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi; katılım payı, muafiyet, limit ve/veya ek prim uygulanabilir.
- Sigortacı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ömür Boyu Yenileme Garantisi mevcut olmayan sigortalıların sigortalı olduğu dönem içerisindeki sağlık durumunu ve/veya hasar/prim oranını inceleyerek, yenileyip yenilememe kararı verir. Sigortacı, yenileme kararını verirken son sağlık durumunu belirten beyanını, sosyal ve/veya özel sağlık sigortalılığına ilişkin kayıtların ibrazını ve ek tetkiklerini isteyebilir.
- SBM'den, varsa önceki sigorta şirketlerinden veya sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alabilir. Unico Sigorta, mevzuat gereğince SBM, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumu ile sağlık sigorta sözleşmesi çerçevesinde sigortalılara ait her türlü bilgi ve belge (tazminat, teminat detayları vb.) alışverişinde bulunabilir. Unico Sigorta'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesi ürününe sahip kişiler, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi çerçevesinde resmî kurumlara yapılacak bilgi ve belge alışverişini peşinen kabul etmektedir. Sigortacı, bu bilgiler ile sigortalıyı sigortalı olduğu dönem içerisinde ortaya çıkan rahatsızlık ve/veya hastalıklarını değerlendirerek, sigorta sözleşmesini hiç yenilemeyebileceği gibi yenileme döneminde istisna bırakabilir, hastalık limiti uygulayabilir veya hastalık ek primi uygulayarak ilgili rahatsızlık/hastalığı teminat kapsamına alabilir. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK") hükümleri saklı olup kişisel verilerin işlenmesi ve aktarılması hususlarında detaylı bilgi için www.unicosigorta.com.tr adresli internet sitesinden detaylı bilgi alınabilir.
- Yenilenen sigorta sözleşmesi, kural olarak biten sigorta sözleşmesi ile aynı teminat yapısına sahip aynı sigorta ürünü olmalıdır. Sigorta ettiren/sigortalı, sigorta ürünü, anlaşmalı sağlık kurum ağı ve teminat değişikliği talebinde bulunabilir. Bu durumda sigortacı, yeniden risk değerlendirmesi yaparak bu değişiklik talebini kabul edebilir ya da etmeyebilir. Sigortacının, bu değişiklik talebini kabul etmesi halinde, önceki sigorta sözleşmesinin kazanılmış hakları ile bağlı kalmaksızın, yeni talep edilen teminat yapısı veya yeni sigorta ürünü hüküm ve şartları ile sigorta sözleşmesi yenilenebilir.
- Sigortalının yenileme döneminde Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi

ürününden, farklı bir sağlık sigortası ürününe geçiş talep edilmesi halinde risk değerlendirmesi yapılarak geçişinin uygun olup olmadığına karar verilecektir. Sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile geçiş yapılan ürünün özel şartları ve sigortacının değerlendirme kuralları çerçevesinde tekrar değerlendirme yapar. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre plan ve/veya ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi ek şart uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkı saklıdır.

- Unico Sigorta Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar için plan/ürün değişikliği talebinin uygun görülmesi halinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi şartları yeniden düzenlenebilir.
- Sigortalının yenileme döneminde Unico Sigorta Sağlık ürünlerinden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ya da daha düşük teminatlı bir plana/ürüne geçiş yapmak istemesi halinde tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primi devam eder.
- Yeni plan/ürün daha evvelce olmayan teminat türlerini içeriyorsa, yeni teminatlar için özel şartlarda belirtilen bekleme süreleri ve muafiyetler yenileme tarihi itibarıyla geçerli olacaktır. Sigortalıların sahip oldukları son ürünün satışının durdurulması halinde sigortacı, sigortalının poliçesini muadil bir ürün veya teminatlar ile yeniler. Sigortalının, önceki poliçesinde yer alan özel şartlarda ve teminatında yer alan ancak yeni sigorta dönemi için geçerli olan özel şartlarda ve teminatlarda olmayan haklar kazanılmış hak olarak değerlendirilmeyecektir.

10.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi, poliçenin mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ve kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterlerini içeren planı dahilinde sigortacı tarafından yenilenmesi taahhüdüdür.

Sigortacı, sigortalının kesintisiz olarak 3 (üç) yıl boyunca Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını devam ettirmesi halinde 3 (üç) yılın sonunda, sigortalının sağlık durumunu esas alarak tamamlayıcı sağlık sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını değerlendirir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi; son 3 (üç) yılın tazminat/prim ortalaması %80'in altında ise risk değerlendirilmesi yapılarak sigortalının muafiyet, limit, katılım payı, ek prim uygulaması gibi poliçe şartları yeniden belirlenerek değerlendirilir.

Bu değerlendirme neticesinde Unico Sigorta Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildiği takdirde poliçede mevcut bulunan ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) dışında Unico Sigorta'da sigortalı iken teşhis edilen ve sigorta kapsamında teşhis/tedavi masrafları ödenen rahatsızlıklar için Ömür Boyu Yenileme Garantisi ne hak kazanıldığı tarihten sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları artırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.

60 (altmış) yaş ve üzeri kişiler için Sigorta Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılmayacaktır. Her hâlde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi değerlendirmesinin yapılabilmesi için sigorta giriş yaşının (kesintisiz ilk sigortalılık tarihi itibarıyla) 57 (elli yedi) yaş ve altı olması gerekmektedir.

Unico Sigorta Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özeldir. Poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır ve bu hakkı kazanan sigortalıların poliçesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi ayrıca belirtilir.

Sigortacı “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” başvurusu yapan sigortalının sağlık riskini değerlendirmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık koşullarına göre sigortalıya bu hakkı vermeme, başvuruyu reddetme veya şartlı kabuller (limit, ek prim, katılım, muafiyet vb.) uygulayarak kabul etme veya herhangi bir şart uygulamaksızın “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verme hakkı saklıdır.

Sigortacı tarafından, Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı, yenileme koşullarını gözden geçirerek Ömür Boyu Yenileme Garantisini tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Sigortacı tarafından Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken belirlenen ek şartlar (muafiyet, limit, ek prim, katılım payı, bekleme süresi vb.), Ömür Boyu Yenileme Garantisi verildikten sonra devam eden yenileme dönemlerinde değiştirilemez ve tekrar değerlendirilemez.

Sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa bile aşağıdaki koşulların oluşması halinde, duruma göre sigorta ettiren/sigortalıya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı saklı kalmak üzere, sigortacı sigorta sözleşmesini iptal etme veya ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) uygulayarak devam ettirme veya Ömür Boyu Yenileme Garantisini değiştirme veya kaldırma hakkına sahiptir:

- Sigorta priminin poliçe üzerinde belirtilen vadelerde ödenmemesi nedeniyle sözleşmenin iptal edilmesi,
- Sigortalının/sigorta ettirenin Azami İyi Niyet Prensibi ilkesine uymaması,
- Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığının tespit edilmesi.

Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Ömür Boyu Yenileme Garantisine sahip sigortalının, bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki sözleşmelerinin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi alındıktan sonra, sigortalı sigorta ürününü değiştirmek ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisini yeniden değerlendirir. Sigortacı bu değerlendirme sonucuna göre ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme hakkına sahiptir.

Unico Sigorta’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup; başka bir sigorta şirketinden, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe geçiş yapılacak poliçelerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsun ya da olmasın sigortalılara risk analizi yapılacak, limit, katılım payı, ek prim, muafiyet vb. uygulamalar söz konusu olabilecektir.

Önceki şirketteki kazanılmış olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı Unico Sigorta A.Ş. kriterlerine göre değerlendirilecek olup, belirlenecek şartlar çerçevesinde sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı sigortacının mevcut özel şartları ile devam ettirilir.

Unico Sigorta Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalının bu garanti verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve sigortalı tarafından bilinen ancak sigortacının bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlık/hastalık durumunda, sigortacı, durumu öğrendiği tarih itibarı ile Ömür Boyu Yenileme Garantisine son verme, ek şart ve/veya hastalık ek primi ve/veya limit ve/veya katılım payı uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

10.3 Unico Bebeği

Doğum teminatı kapsamında doğum masrafları Unico Sigorta tarafından karşılanmaya hak kazanmış sigortalıların bebeklerinin, poliçeye girişinin talep edilmesi halinde risk değerlendirmesi yapılarak sigorta döneminin sonuna kadar gün esaslı prim karşılığı “Unico Bebeği” olma ayrıcalığı ile ilk günden itibaren sigortalanır.

- Unico bebeklerine Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı verilir.
- Unico bebekleri için 3 (üç) aylık hastalık bekleme süresi uygulanmaz.
- Bebeğin doğum tarihi, “İlk Sigortalanma Tarihi” olarak kabul edilir.
- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklara ait tedavi masrafları Unico Sigorta'ya giriş tarihinden sonra teşhis edilmesi kaydı ile poliçe teminat limiti ve uygulamaları dahilinde ödenecektir.

11. PRİM TESPİTİ

11.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, SUT'ta yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

11.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

İlk defa sigortalı olacak kişilerin prim tespitinde, ürün tarife fiyatı baz alınır. Aynı planda kalmak suretiyle poliçesinin yenilenmesine karar verilen kişi için yenileme primi, aynı yaş ve cinsiyetteki ilk defa sigortalı olacak sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 (beş) katını geçemez.

11.2.1 Hastalık Ek Primi

Tarife priminden bağımsız olarak, sigortalı adayının bireysel sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda sigorta güvencesinin sağlanabilmesi için ödenmesi gereken ek primi ifade eder. Bu ek prim, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalı için geçerli olan tarife fiyatının 5 (beş) katını geçemez.

11.2.2 Hasarsızlık İndirimi

Yeni iş ve transfer sigortalıları, bu uygulamaya giriş kademesinden (1. kademe) başlar. Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile Tazminat/Sağlık Net Primi (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir. Asistans hizmetler ve doğum teminatı T/P oranını etkilemeyecektir.

Yenileme poliçe;

- T/P oranı %35'ten küçük ise bir üst kademe,
- T/P oranı %35 (dahil) ile %70 (hariç) arasında ise aynı kademe,
- T/P oranı %70 (dahil) ile %125 (hariç) arasında ise bir alt kademe,
- T/P oranı %125 (dahil) ile %200 (hariç) arasında ise iki alt kademe,
- T/P oranı %200'den (dahil) büyük ise üç alt kademe ile yenilenir.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

Kademe	1	2	3	4	5	6
İndirim Oranı (%)	0	5	15	20	25	30

Unico Sigorta, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde sunduğu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

11.2.3 Fark Primi Zeyili

Yenileme teklifinin verilmesinden ya da poliçenin yenilenmesinden sonra bir önceki poliçeye ait

tazminat talebi oluşur ve bu tazminat sonucunda yenileme priminde bir değişiklik söz konusu olursa sigortacı ek prim alabilir veya sözleşmeyi feshedebilir.

11.2.4 Diğer İndirimler

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde sunduğu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

12. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

12.1. Sigortalı Girişi

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dâhilinde ikamet eden/ikamet edecek kişiler sigortaya kabul edilebilirler. Sigorta poliçesi GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstahaklığını kaybeden sigortalılar, poliçelerini devam ettirebilir. Ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur.

Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde bu Özel Şartlar'da yazılı kazanılmış haklar için Unico Sigorta'nın taahhütleri son bulur.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya bekar çocuklardan ibarettir. Çiftlerin, 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu kapsamında evli olması gerekmektedir. İlk başvuru tarihi, 15 (on beş) günlük– 64 (altmış dört) yaş (dahil) aralığındaki kişiler sigortalı olabilirler. Sigortalının poliçesinde doğum teminatı bulunması ve bu teminatla yer alan teminatlardan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, doğan bebekler doğum tarihlerinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde sigortacıya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilmeleri durumunda, doğum tarihi itibarıyla sigortalıdır.

0-6 yaş arası çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalı olması şartı ile sigortalı olabilirler. Ancak 6-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalı talepleri, sigorta ettirenin 18 (on sekiz) yaş ve üzerinde olması şartıyla değerlendirilecektir. 24 (yirmi dört) yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalı olmaya devam edebilirler.

Unico Sigorta'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesi ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca sigortalılık süresi boyunca devam eden fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için de istisna veya ek prim uygulanabilir veya poliçe iptali yapılabilir.

12.2. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Diğer aile bireylerinin mevcut poliçeye girişleri "Sigortalı Girişi" maddesi çerçevesinde gönderilecek olup güncel poliçenin Özel Şartları, teminatları ve güncel prim tarifi ile geçerli olacaktır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak sigortalının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

Yürürlükte olan poliçeye, yıl içerisinde yeni sigortalı girişi yapılması ancak aşağıdaki durumlarda ve ilgili olayların gerçekleşme tarihlerinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde sigortacıya başvuru

yapılması ve primin tutarının tahsil edilmesi durumunda mümkündür:

- Evlenme nedeniyle eşin dâhil edilmesi,
- Doğum nedeniyle yeni doğan bebeğin dâhil edilmesi,
- Evlat edinilmesi nedeniyle çocuğun dâhil edilmesi.

12.3. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Poliçe priminin peşinatı/ilk taksiti tahsil edildikten sonra poliçe kullanıma açılır. Bir sonraki taksitin vade tarihinden itibaren 15 (on beş) gün içerisinde ödenmemesi durumunda, poliçe provizyona kapatılır. Vade tarihinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde ödenmemesi halinde ise poliçe iptal edilir. Poliçe iptal işlemi sonrası 30 (otuz) gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirilmesi yapılır.

Değerlendirme neticesinde Unico Sigorta'nın, poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

13. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Geçiş değerlendirmesi yapılmadan veya değerlendirme sonucu geçiş olarak kabul edilmeyen durumlarda, Unico Sigorta'daki herhangi bir sağlık poliçesi/sağlık teminatı ile Unisağlık Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yatarak Tedavi hakları ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

Yenileme dönemlerinde ürün/teminat değişiklikleri veya diğer sigorta şirketlerinden geçiş kuralları aşağıdaki gibidir:

13.1 Ürün/Teminat Değişiklik İşlemleri

Poliçenin yenilenmesinde, ürün ve teminatlarda değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi sonrasında 30 (otuz) günlük süre içerisinde değerlendirilir.

Sigortalı/sigorta ettirenin yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (kapsam, Anlaşmalı Sağlık Kurumları gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile gerekli görülen durumlarda sigortalıların sağlık beyanını esas alarak risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının, poliçe kapsamını değiştirme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama ve gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigortalı/sigorta ettirenin yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda, tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa mevcut istisna ve/ veya hastalık ek primi devam eder.

Sigortalı/sigorta ettirenin, sigortanın daha kapsamlı diğer sağlık sigortası ürününe geçiş yapmak istemesi durumunda, Sigortacı, ilgili ürünün başvuru formu kapsamında sağlık beyanı alır, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile geçiş yapılan ürünün özel şartları teknik ve tıbbi risk değerlendirme kuralları çerçevesinde tekrar risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının, ürün geçişi talebinde tercih edilen kapsamı (Anlaşmalı Sağlık Kurumları, teminat, limit, ödeme yüzdesi gibi) değiştirme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya ürün geçişini kabul etmeme hakkı saklıdır.

13.2 Geçiş (Transfer) İşlemleri

Unico Sigorta'daki başvuru tarihi ile bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihi arasında 30

(otuz) günlük bir süre olması durumunda; poliçe başlangıç tarihi onaylanan teklifin başlangıç tarihi olacaktır. Diğer şirkette biten poliçe tarihi ile Unico Sigorta'da başlayan poliçe tarihi arası için hasar ödemesi yapılmayacaktır. Bir önceki sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihinin üzerinden 30 (otuz) günden daha fazla süre geçmişse; sigortalı için yeni sigortalı gibi işlem yapılarak kazanılmış hakları verilmeyecektir. Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihlerinden önceye dayandığı tespit edilen rahatsızlıkları önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi kazanılmış hak kapsamına girmez. Bu rahatsızlıklar teminat haricidir.

Sigortacı ile sigorta ettirenin yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalması durumunda ve kişilerin 30 (otuz) gün içinde sigortalanması şartı ile kazanılmış hakları korunabilecektir.

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi, önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için yapılacak değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir.
- Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan, ancak sigortacının tercih edilen sigorta ürününde bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır.
- Geçiş sırasında sigortalı adayının hamilelik durumu olsun ya da olmasın Annelik Doğum Teminatı ile Annelik Rutin Kontrol Teminatları için Özel Şartlar'da belirtilen bekleme süreleri her durumda geçerli olacaktır.
- Önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olsa dahi, mevcut rahatsızlıkları ve geçiş bilgilerinde belirtilen hastalık riskleri çerçevesinde değerlendirme yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir.

Sigortacı, sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, Unico Sigorta'daki geçmiş sigortalılık bilgileri, SBM ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

Sigortalı adayı 55 (elli beş) yaşından büyük ise ve tek başına Unico Sigorta'ya geçiş yapmak istiyor ise bu başvuru geçiş olarak kabul edilmemektedir. Ancak başvurunun yeni iş kuralları dahilinde değerlendirilmesi mümkündür. 55 (elli beş) yaşından büyük olan sigortalı adayının aile fertleri ile sigortaya geçiş yapmak istemesi durumunda aile bireylerinin yaşları dikkate alınarak değerlendirme yapılacaktır. Aynı poliçe kapsamında sigortalanacak kişilerden sadece bir kişinin yaşı 55'den büyük ise Unico Sigorta Sağlık Sigortaları Teknik Bölümünün yapacağı değerlendirme sonucuna göre geçiş olarak alınabilecek ve kazanılmış hakları korunabilecektir.

14. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Sigorta sözleşmesi, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili yasal düzenlemeler uyarınca taraflarca süresinden önce feshedilebilir/iptal edilebilir. Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, sigortacının sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

a. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Türk Ticaret Kanunu'nun 1421. maddesi uyarınca sigortacının sorumluluğu, sigorta sözleşmesinin kurularak poliçenin teslim edilmiş olması halinde, sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde sigorta priminin ilk taksitinin ödenmesi ile başlar. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde, peşinatın/ilk taksitin ödenmemesi halinde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz. İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı, sigorta ettirene 15 (onbeş) günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi halde sözleşmenin feshedileceğini ihtar eder. 15 (onbeş) günlük süre sonunda borç ödenmez ise 30. günün sonunda sigorta sözleşmesi feshedilecektir.

Sigorta ettiren/sigortalı, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde sigorta ettiren/sigortalı mütemerrit duruma düşer ve bu halde Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi hükümleri ile Sağlık Sigortası Genel Şartlar'ın Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması başlıklı 8. maddesi ve ek madde hükümleri uygulanır.

Sigorta ettiren/sigortalı poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunması halinde, bu süre içerisinde rizikonun gerçekleşmediği ve bu talep tarihine kadar sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmediği durumlarda poliçe başlangıç tarihi itibarıyla (mebdeinden) iptal edilir ve ödenen primler kesintisiz olarak sigortalıya iade edilir.

Poliçe tanziminin ilk 30 gününü aşan ve sigortacının onayladığı iptal taleplerinde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak sigortacı prime hak kazanır. İptal nedeniyle sigortalı/sigorta ettirene iade edilecek tutar, ödenen tazminat tutarı dikkate alınarak hesaplanır.

Sigortalıya ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir. Sigortalıya ödenen tazminatlar, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortalıya prim iadesi yapılmaz. Riziko gerçekleştiği takdirde poliçe prim taksitlerinin henüz vadesi gelmemiş olsa dahi sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarı kadar olan kısmı muaccel hale gelir.

Poliçe vade primleri, vadesinde ödenmediği takdirde ödeme yapılmayan vade tarihini takip eden 15 (on beş) günün sonunda poliçeye provizyon ve hasar girilmesi sistemden otomatik olarak engellenir ve 30 (otuz) gün içinde ödeme yapılmadığı takdirde poliçe gün esasına göre iptal edilir.

Sigortalının poliçe tanzim tarihinden itibaren yıl ortasında iptal isteminde bulunması ya da vefat etmesi halinde iptal tarihi son hasar tarihinden önce olmamak koşulu ile gün esasına göre prim tahakkuk ettirilerek iptal işlemi yapılır. Ödenen tazminat toplam ödenen primden fazla ise, prim iadesi yapılmaz.

Sigorta yılı içinde sigortadan ayrılma talebinde bulunan sigortalılar iptal dilekçesini üzerindeki tarih itibarıyla 7 (yedi) gün içinde sigortacıya ulaştırmalıdır. Evrak üzerinde herhangi bir sonlanma tarihi olmaması halinde iptal işlemi evrakın Unico Sigorta'ya ulaştığı tarih itibarıyla yapılır.

b. Eksik Beyan Nedeniyle İptal

Sigortacı, sigortalı/sigorta ettirenin başvuru formunda mevcut bir rahatsızlığını beyan etmediğini tespit ettiği takdirde, tazminat talebini reddederek Sağlık Sigortaları Genel Şartlar'ın Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü başlıklı 6. maddesine istinaden poliçeyi iptal edebilir.

Sigortacının sigortalı/sigorta ettirenin kötü niyetli ve/veya hileli hareketlerini tespit ettiği durumlarda (Sigortalı olmayan kişilerin sigorta teminatlarından yararlandırılması ve sağlık giderlerinin diğer sigortalılar adına düzenlettilmesi, sahte evrak ile tazminat talebinde bulunma, sigortalının bildiği ve/veya belirtilerinin sigorta başlangıç tarihinden önce başladığı halde sigortacıya beyan etmediği mevcut beyansız rahatsızlıkların tespiti vb.) sigortacı ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma ve/veya poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

c. Sigorta Ettiren/Sigortalının Vefatı

Sigorta ettirenin sigortalılık süresi içerisinde vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilebilir. Kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmemesi halinde hak edilen prim tutarı kesilerek geriye kalan tutar iade edilir. Sigortalının vefatı durumunda sigortacının hak etmediği prim sigorta ettirene, vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislerine Özel Şartlara göre iade edilir. Sigortalının tedavi görür iken vefat etmesi durumunda tedavi süresinde oluşan giderler poliçenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na veya kanuni varislerine ödenir.

15. EKLER

a. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Unico Sigorta, KVKK başta olmak üzere, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde ve işbu Özel Şartlar ekinde yer alan Unico Sigorta A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Süreçlerine İlişkin Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Aydınlatma Metni ("Aydınlatma Metni") doğrultusunda KVKK'da öngörülen veri işleme şartlarından *"bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması"* ve *"bir sözleşmenin kurulması veya ifası"* veri işleme şartları kapsamında; özel nitelikli kişisel veri statüsünde yer alan sağlık verilerini ise Aydınlatma Metni ekinde sigortalı tarafından verilen "açık rıza"nın varlığı halinde, Sigorta Sözleşmesi kapsamındaki hizmetleri sağlayabilmek için üçüncü kişilere kişisel veri aktarımı yapabilmektedir. Bu kapsamda, kişisel veriler; güncel ve geçmiş sağlık

verileri ile ilgili her türlü bilgi ve belgenin kamu veya özel tüm sağlık sunucularından elde edilmesi, sigortalının sağlık durumu konusunda uzman görüşü verilmesi, risk değerlendirmesi yapılabilmesi, tazminat başvurularının sonuçlandırılması, edinilen verilerin reasürans ve rücu işlemlerinde kullanılması gibi amaçlarla yurt içinde işbirliği yapılan, yazılım destek hizmeti sunan şirketler, avukatlar, danışmanlar dahil hizmetlerinden faydalanan iş ortakları, hizmet sağlayıcı ve/veya aracı hizmet sağlayıcı sıfatını haiz üçüncü kişiler, yetkili acenteler/brokerler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, provizyon hizmet kuruluşları, sağlık kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesindeki ilgili resmi merciler, denetleyici ve düzenleyici kamu kurum ve kuruluşları, anlaşmalı bankalar ile paylaşılabilir.

b. 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 sigortacıya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, 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 sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda sigortacı, yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ olsa dahi poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

c. Yaptırımlar

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 Resmî Gazetede yayımlanan Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

d. Bildirimler

Tarafların sigorta sözleşmesinde belirtmiş olduğu adresleri yasal tebligat adresi olup sigorta sözleşmesi gereğince yapılacak tüm bildirimler, noter aracılığıyla, taahhütlü mektupla veya güvenli elektronik imza kullanılarak kayıtlı elektronik posta sistemi ile yapılır.

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması varsa Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır. Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

e. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Yatarak Tedaviler ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin Unico Sigorta veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12.00'a kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır.

f. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortaları Genel Şartları'na göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat tutarınca sigortalının tüm haklarına halef olur ve sigortalı adına ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslardan rücu talep etme hakkına sahiptir.

Sigortacı, sigortalı/sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kurumuna veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/ sigortalılardan talep edebilir.

Sigortalı/sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen Anlaşmalı Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacının anılan ödemeye ilişkin e- provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle sigortacının bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

Sigorta ettiren/sigortalı, sigortacının söz konusu tazminat ödemesine ilişkin açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün olan bilgi ve belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür.

Vergi İndirimi

Vergi İndirimi 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 01/01/1986 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, 29/06/2012 tarih ve 28338 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6327 sayılı kanun ile değiştirilerek 01/01/2013 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 düzenlemeden yararlanabilmek için:

- Bordro ile ücret alınıyor ise, çalışılan işyerinde insan kaynakları birimine sağlık ve ferdi kaza sigortası makbuzunun verilmesi,
- Serbest çalışılıyor ise, sağlık ve ferdi kaza sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtilmesi yeterlidir. (Prim ödeyenin adı ve 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.)