

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen kişilere, yapılacak sözleşmeye ilişkin hususlarda genel bilgi vermek amacıyla, 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Ünvanı :
Adresi :
Tel & Faks no. :

2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Ünvanı : Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi
Adresi : Rüzgârlıbahçe Mah. Kavak Sok. No:31 34805 Kavacık/İSTANBUL
Tel & Faks no. : 0850 7 24 0850, faks: 0850 744 0 745
MERSİS no : 0068006132739588

B. UYARILAR

1. Bireysel sağlık sigortası ürünlerine ait primler; yaş, cinsiyet, seçilen ürünlerdeki teminat limiti, teminat yapısı ve ödeme oranları, ürünün geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kuruluşları (network) ve tedavi maliyetlerinin artış oranları çerçevesinde belirlenmektedir.
2. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yazılı hususları dikkatlice okuyunuz. Bu dokümanlar poliçeniz ile birlikte teslim edilecektir. Bilgilendirme formu poliçe, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Sağlık Sigortası Özel Şartları ile bir bütündür. Tüm bu dokümanlara Anadolu Sigorta web sitesinden de ulaşılabilir.
3. Sağlık sigortası yaptırmak için dolduracağınız soru formundaki sorulara tam ve doğru yanıtlar vermeniz gerekmektedir. Ayrıca, sözleşmenin kurulması sırasında ve/veya, sigorta süresince bir rizikonun gerçekleşmesi durumunda yasanın öngördüğü en kısa sürede sigortacıya rizikonun bildirilmesi gerekmektedir. Eksik veya yanlış bilgi vermekten kesinlikle kaçınılmalıdır. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir, poliçenin iptali ve/veya ilgili hastalıklar için ek prim veya muafiyet uygulaması yapılabilir.
4. Sağlık sigortası teminatı, sigortalı tarafından doldurulan kabul formunun Anadolu Sigorta tarafından kabul edilip, poliçenin tanzim edilmesi ve primin tamamının veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa belirlenen ilk taksitinin ödenmesi koşulu ile başlar. Aksi kararlaştırılmadıkça, primin tamamı veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi Anadolu Sigorta'nın sorumluluğu başlamaz. Primin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde, vadesinde ödeme yapılmaması durumunda poliçe teminatı durdurulur.
5. Sağlık sigortası sözleşme süresi 1 yıldır. Sigortalının, saat ayrımı olmaksızın poliçede yazılı olan başlangıç tarihinde yapmış olduğu sağlık giderleri teminat limiti, poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir. Ancak sigortalının, saat ayrımı olmaksızın poliçede yazılı olan bitiş tarihinde, yapmış olduğu sağlık giderleri poliçe kapsamında değildir. Poliçenin teminatları, poliçede belirtilmiş olan başlangıç tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, poliçede belirtilmiş olan bitiş tarihinde saat 00:01 itibarıyla sona erer. (Örneğin; Poliçenin teminatları, 01.01.2019 tarihinde saat 00:01 itibarıyla başlar, 01.01.2020 saat 00:01 itibarıyla sona erer.)
6. Poliçenin yenilenmesi için tarafların bu hususta açıkça anlaşmış olmaları gerekir. Yeni dönem için taraflar açıkça anlaşmış olsalar dahi, Anadolu Sigorta'nın sorumluluğu ancak yeni döneme ait primin ödenmesi koşulu ile başlar.
7. İleride doğabilecek bir takım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
8. Sözleşmenin riziko gerçekleşmiş olmaksızın feshedilmesi hâlinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim, gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir. Sözleşmenin bitim süresinden önce ancak bir rizikonun gerçekleşmesi sonrasında feshedilmesi halinde, sigortacı kararlaştırılan toplam primin o riziko için ödenecek tutarla orantılı bir kısmına hak kazanmış olur.

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

9. Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen, kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda, poliçe kapsamında bulunan bu sigortalının poliçesi derhal iptal edilecektir.
10. Anadolu Sigorta, bir tazminat talebinin işlem görmesi sırasında gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı belirleyeceği doktora muayene ettirme hakkına sahiptir. Anadolu Sigorta, gerek görmesi halinde, sigortalının sağlık giderlerini ödemediği önce inceleme yaptırabilir.
Ayrıca, poliçe düzenlenmeden önce ve sonrasında, sigortalının yazılı onayı alınarak, sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, kamu kuruluşları ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslardan ve sigortalının kendisinden sağlık özgeçmişi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını, e-nabız uygulamasındaki tıbbi kayıtlarını isteme hakkına da sahiptir. Anadolu Sigorta, sigortalılarının sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne ve sigortacılık hizmetiyle ilişkili üçüncü şahıslara aktarabilecektir.
11. Anadolu Sigorta, sigorta kapsamına almadan önce sigortalı adaylarından, belirlediği tetkikleri belirlediği sağlık kuruluşlarında yaptırmalarını isteyebilir. Bu durumda ön tetkik bedeli Anadolu Sigorta tarafından karşılanır. Ancak sigortalı adayının başvuru formunda eksik veya yanlış beyan vermesi ve bu hastalığın ön tetkik sırasında ortaya çıkması sonucunda, bu hastalık kapsam dışı bırakıldığı için sigortalı adayının sigortalanmaktan vazgeçmesi halinde, ön tetkik bedeli sigortalı adayı tarafından ödenecektir. Bu nedenle sigortalı adayının ödediği veya kredi kartından çekilen peşinat tutarından ön tetkik bedeli düşülecek, peşinatın geri kalanı sigortalı adaya iade edilecektir. Sigortalının Anadolu Sigorta'ya sağlık geçmişi bilgilerine erişim yetkisi vermediği durumlarda, Anadolu Sigorta, ihtiyaç görmesi halinde, sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bu halde, bahse konu işleme ilişkin masraflar sigorta ettiren ve sigortalı tarafından karşılanır.
12. Sigorta Şirketi, sona eren poliçenin Ödenen Tazminat /Alınan Net Prim Oranına bakarak, poliçenin yenilenmesi halinde yeni döneme ait poliçenin primine hasarsızlık indirimi veya ek prim uygulayabilecektir.
13. Sigortalının yenileme döneminde daha yüksek teminatlı bir ürüne geçmesi ya da ürünün geçerli olduğu networkü değiştirme talebi Anadolu Sigorta'nın onayıyla mümkündür. Anadolu Sigorta poliçe özel şartlarını değiştirebilir. Ancak, bu değişiklikler sigortalının bir sonraki yıl yenilenecek poliçesi için ve poliçenin yenilenmesi durumunda geçerli olacaktır.
14. Şirketimizde kurumsal sağlık sigortası kapsamında olup, işten ayrılma, emeklilik veya grubun Şirketimizle yaptığı sözleşmenin sona ermesi durumunda bireysel poliçe başvurusu yapan kişiler için, yenileme garantisine hak kazanmış olup olmadığı da dikkate alınarak, tıbbi risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireysel poliçenin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir. Doğum için 1 yıllık bekleme süresi uygulanmakta, bazı ameliyatlara ilişkin geçerli olan 1 yıllık bekleme süresi ise kurumsal poliçede 1 yılını tamamlayan sigortalılar için uygulanmamaktadır.
15. Anadolu Sigorta, anlaşmalı sağlık kuruluşlarını değiştirme hakkına sahiptir. Güncel anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız www.anadolusigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

C. GENEL BİLGİLER

1. Sağlık Sigortası poliçesi, sigortalının, Anadolu Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalıklarına ait muayene, tetkik ve tedavi giderlerini, poliçesinde belirtilen teminatların kapsamı, limitleri ve ödeme oranları dahilinde tazmin eder. Sigorta teminatı, kapsama alınan kişilerin doğuştan gelen rahatsızlıkları ve Anadolu Sigorta'daki sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelebilecek muayene, tetkik ve tedavi giderlerini ve Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer alan 'poliçenin kapsamı dışındaki haller'i kapsamamaktadır. Teminat dışı haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartlarına bakınız.
2. Türk Ticaret Kanunu'nun 1513. Maddenin 1. fıkrasında yer alan c ve d maddelerince ödenmesi gereken "sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası" ve "sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası" poliçe kapsamında karşılanmamaktadır.
3. Doğum teminatı isteğe bağlı teminat olup, ek primle alınması durumunda poliçeye dahil edilecektir. Sigortalılar, poliçelerinde bulunmayan teminatlardan yararlanamazlar.
İlk kez sağlık sigorta poliçesi alacak olan sigortalıların, mevcut ürünlerimiz içinde yer alan doğum paketli ürünlerden birini seçmesi ve sunulan doğum limitini belirleyerek doğum teminatını poliçesine ilave ettirmesi gerekmektedir.

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

Mevcut sağlık sigortası poliçesi olup, poliçesini yeniletecek olan sigortalının bu teminatı kullanmaya hak kazanabilmesi için; yenilenen poliçesine doğum teminatını ilave etmesi, poliçenin yenilendiği sırada hamile olmaması, hamile ise bir önceki poliçesinde doğum teminatının olması gereklidir.

Doğum teminatı, sigortalının doğum teminatı bulunan bir poliçe kapsamına dahil olmasından 1 yıl sonra yürürlüğe girer. İlk poliçe yılında gerçekleşen doğum giderleri, gebelik mutad kontrolleri, gebelik ve doğumun neden olduğu komplikasyonlara ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır. Doğum teminatı ile ilgili giderler sigortalının 2. poliçe yılında ödenmeye başlar. Doğum giderleri, teminat limiti dahilinde %100 oranında ödenir. Ek olarak oda-yemek-refakatçi, tanı birimleri, ilaç, doktor ve diğer teminatlar yürürlüğe girmez. Doğum sırasında gerçekleşen giderler, 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir.

Poliçe kapsamında yer alan çocuk statüsündeki sigortalılar Doğum Giderleri teminatından yararlanamazlar.

Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası, Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası ve Yardımcı paket ürünlerine doğum teminatı eklenmemektedir. Bu nedenle gebelik mutad, doğum, gebelik ve doğumun komplikasyonlarına ilişkin giderler karşılanmaz.

4. Sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan ve 1 yıl süreyle ameliyat giderleri kapsam dışında bırakılan rahatsızlıklar aşağıda belirtilmiştir. Malign (kötü huylu) tümörler için 1 yıllık bekleme süresi uygulanmaz.
 - a. Siğil, lipom, kist sebace (yağ bezesi),
 - b. Varis, anorektal hastalıklar (hemoroid, anal fissür, fistül, anal abse, vb.), sinüs pilonidalis (kist dermoid sakral), kist hidatik, kolonoskopi ve gastroskopilerde polipektomi ve her türlü fıtık (karın içi organ fıtığı, vb.), safra kesesi ve safra yolu hastalıkları, tiroid bezi, ve meme hastalıkları,
 - c. Burun (kaza sonucu oluşan burun kırıkları hariç, bademcik, geniz eti, sinüzit, işitme kusuru (kulak tüpü takılması, timpanoplasti, vb),
 - d. Katarakt, glokom, keratokonus, retina,
 - e. Rahim ve yumurtalık hastalıkları, endometriozis, sistorektosel,
 - f. Tetik parmak (Trigger finger), çekiç parmak, her türlü tuzak nöropati, ganglion kisti, kistik higroma,
 - g. Üriner sistem taşı (ESWL dahil), hidrosel, prostat hastalıkları, mesane hastalıkları,
 - h. Omurga ve disk hastalıkları, faset denervasyon, sinir blokajı,
 - ı. Her türlü organ nakli (transplantasyon),
 - j. Tüm eklem hastalıkları (diz, omuz, kalça, dirsek benzeri tüm küçük, orta ve büyük eklemler), menisküs lezyonu, bağ, tendon yırtıkları vb.
5. Diğer sigorta şirketlerinden Anadolu Sigorta'ya geçen sigortalılara, diğer sigorta şirketinde 1 yıllarını doldurmuş olmaları koşuluyla, 1 yıllık ameliyat bekleme süreleri uygulanmayacaktır. Ancak diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılara Anadolu Sigorta'daki ilk yıllarında gebelik mutad kontrolleri ve doğum teminatı ile ilgili giderler ödenmeyecektir. Diğer sigorta şirketindeki mevcut haklarının devam edip etmeyeceğiyle ilgili Anadolu Sigorta tarafından risk değerlendirmesi yapılacaktır.
6. Hesaplı Sağlık Sigortası ürünü kapsamında sigortalanan sigortalıların sadece yatışlı tedavi giderleri Özel ve Genel Şartlar dahilinde % 100 oranında karşılanır. Hesaplı Plus Sağlık Sigortası ürününde %100 oranında karşılanan yatışlı tedavi giderlerinin yanı sıra ileri tanı yöntemlerine ait giderler % 80 oranında ödenir. Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası ürününde yatışlı tedavi giderleri Özel ve Genel Şartlar dahilinde %100 oranında karşılanırken tüm tanı yöntemlerine ait giderler %80 oranında ödenir. Ayakta tedavilere ait giderler Standart Sağlık Sigortası, Standart Plus Sağlık Sigortası ve Elit Sağlık Sigortası Sigortası ürünlerinin teminat limitleri dahilinde %80 oranında; Elit Plus Sağlık Sigortası ürünlerinde ise %100 oranında ödenir.
7. Ekonomik network kapsamında sigortalanan sigortalıların,
 - yurt dışındaki sağlık giderleri kapsam dahilinde değildir.
 - Sigortacının anlaşmalı olmadığı sağlık kuruluşlarında gerçekleşecek tedavilerine ilişkin giderler; poliçede belirtilen limit ve ödeme oranları dahilinde en fazla Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutara kadar ödenmektedir. Anlaşmalı olmayan eczanelerdeki ayakta ilaç giderleri, anlaşmasız sağlık kuruluşlarından temin edilen yardımcı tıbbi malzemelere ait giderler poliçede belirtilen teminatın limit ve ödeme oranı dahilinde ödenmektedir.
 - Aşağıda belirtilen kurumlar ve bu kurumların ileride sahip olacakları yeni sağlık kurumlarından gelen faturalar için;

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

acil durumlar da dahil olmak üzere hiçbir sağlık gideri ödenmeyecektir. Bu kurumlar eko planda tamamen kapsam dışında olup, anlaşmasız kurum statüsüne de girmemektedir.

- Acıbadem Sağlık Grubu
- Amerikan Hastanesi Grubu (Koç Üniversitesi Hastanesi, Med Amerikan vb.)
- Florence Nightingale Grubu
- Liv Hospital
- İntermed Grubu

8. Sigortalının sağlık kuruluşunda yoğun bakım ünitesinde her bir yatışında en fazla 90 günlük yoğun bakım giderleri ödenir.

9. Standart Sağlık Sigortası, Standart Plus Sağlık Sigortası, Elit Sağlık Sigortası ve Elit Plus Sağlık Sigortası ürünleri kapsamındaki sigortalıların özel şartlarda belirtilen koşullar dahilinde check up giderleri poliçe kapsamında ödenir. Hesaplı Sağlık Sigortası, Hesaplı Plus Sağlık Sigortası ve Hesaplı Maksi Sağlık Sigortası ürünlerinde check-up teminatı isteğe bağlı olarak poliçeye dahil edilebilmektedir. Deprem teminatı bireysel sağlık sigortası ürünlerinde bulunmamakta olup isteğe bağlı olarak poliçeye dahil edilebilmektedir. Yardımcı pakette check -up teminatı ve deprem teminatı yoktur.

10. Sağlık sigortası poliçesi, ürünlere göre farklı teminatları içermekle birlikte, verilen tüm teminatlar aşağıda belirtilmektedir.

a. Ayakta Tedavi Teminatları (Standart Sağlık Sigortası, Standart Plus Sağlık Sigortası, Elit Sağlık Sigortası ve Elit Plus Sağlık Sigortası ürünlerinde geçerlidir.)

Doktor muayene	Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi
İlaç (ayakta)	Mutat Kontroller
Tanı (ayakta)	Menopoz
Fizik Tedavi	

b. Yatışlı Tedavi Teminatları

Ameliyat	Doktor takibi
Hastane oda-yemek-refakatçi	İlaç (yatışlı)
Yoğun Bakım	Tanı (yatışlı)

c. Diğer Teminatlar

Küçük Müdahale	Rehabilitasyon	Yurt Dışı Hava Ambulansı
Evde Bakım	Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi	Doğum
Kemoterapi	Suni Uzuv	Yardımcı Tıbbi Malzemeler
Radyoterapi	Kara Ambulansı	Kontrol Mamografisi
Diyaliz	Yurt İçi Hava Ambulansı	Kontrol PSA
Check Up	İleri Tanı Yöntemleri	Kontrol Kolonoskopi
Deprem		

11. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış olan sigortalılarımızın yenileme garantisi hakkı kazandıkları tarihten sonra ortaya çıkan hastalıkları, yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmayacak ve söz konusu hastalıklar için hastalık ek primi alınmayacaktır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip sigortalılarımızın poliçelerinde kullanıma bağlı tazminat ek primi uygulanmamaktadır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması ile ilgili detaylar poliçe ile birlikte teslim edilen Bireysel Sağlık Sigortası Özel Şartları'nda detaylarıyla anlatılmaktadır.

12. 23.04.2014 tarihi itibarıyla yeni düzenlenecek bireysel sağlık sigortası poliçelerinde, sigortalıların Türkiye Cumhuriyeti sınırlarında ikamet etmeleri koşulu aranmaktadır. Ancak, bir poliçe döneminde yurt dışında kesintisiz 120 günden daha fazla süre ikamet edildiğinin tespiti durumunda, Anadolu Sigorta'nın pasaport talep etme ve yurt dışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkı saklıdır.

13. Poliçeler bitimini takiben en geç 30 gün içinde yenilenmelidir.

14. Sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatışlı tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, sadece on gün olmak üzere özel şartlarda belirtilen süreyi ve teminat limitini aşmamak kaydıyla devam eder.

15. Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun ve bağlı mevzuat hükümleri gereği; sigortayı ticari veya mesleki amaçlarla yaptırmış olmayan (tüketici niteliğini taşıyan) Sigorta Ettiren, sözleşme kurulduktan sonra herhangi bir gerekçe göstermeden ve

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

cezai şart ödemedenden finansal hizmetlere ilişkin mesafeli sözleşmelerde 14 gün, taksitli satış sözleşmelerinde 7 gün içerisinde cayma hakkını kullanabilir. Cayma hakkı bildirimini, www.anadolusigorta.com.tr adresindeki beyan formu doldurularak veya açık bir beyan ile bilgi@anadolusigorta.com.tr adresine iletilmesi gerekmektedir.

Geçerlilik süresi bir aydan az mesafeli sigorta sözleşmelerinde ve sigorta ettirenin onayı ile sigorta teminatının başladığı taksitli sigorta sözleşmelerinde cayma hakkı kullanılamaz. Taksitli sigorta sözleşmelerinde, ilk taksiti ödeyen sigorta ettirenin sigorta teminatının başlamasına onay vermiş olduğu kabul edilir. Mesafeli sigorta sözleşmelerinde tahsil edilen prim tutarı, cayma bildirimini ulaşması sonrasında iade edilecektir. Zorunlu sigortalarda özel mevzuat hükümleri uygulanır.

16. Sigortalının anlaşmalı kurumda yürütülen tedavisi sırasında oluşabilecek tıbbi hataların her türlü sorumluluğu resmi kurumlarca belirlenen hata oranında anlaşmalı kuruma ve doktoruna aittir. Anadolu Sigorta'nın tıbbi hatalar nedeniyle hiçbir şekilde sorumluluğu ve doğabilecek zararı tazmin yükümlülüğü bulunmamaktadır.

D. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

1. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgeleri poliçeniz ile birlikte isteyiniz.
2. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda en kısa zamanda sigortacıya bilgi veriniz.
3. Bildirim esnasında sigortalının yönlendirmesi çerçevesinde hareket ediniz.
4. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, poliçe koşulları çerçevesinde tazminat ödeme borcu sigortacıya aittir.

E. TAZMİNAT

1. Yurt içindeki anlaşmalı sağlık kuruluşlarında sigortalıları, tüm ürünlerde teminatların hepsi için geçerli olmak üzere; o tedaviyi yapabilecek kadrolu doktor bulunmasına rağmen, kadrolu olmayan doktorlar tedavi ederse ve ameliyatın yapıldığı anlaşmalı sağlık kuruluşunda o işlemi yapacak kadrolu doktor bulunmadığı takdirde, dışarıdan getirilen doktorlar ve ekibi (asistan, anestezi uzmanı) için ödenecek ücret, Anadolu Sigorta'nın sağlık kuruluşu ile imzaladığı sözleşme kapsamında, anlaşmalı kuruluşa kadrolu doktor ve ekibi için ödeyeceği ücret kadar olacaktır.
2. Anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerde, doktor ve ekibininin (asistan, anestezi uzmanı) yaptığı tedaviye yönelik işlemler için ödenecek ücret Türk Tabipleri Birliği'nin güncel fiyat ve uygulama esaslarında belirtilen tutar kadar olacaktır.
3. Yurt dışında yapılan tedaviler için ödenecek tutarlar poliçelerdeki yurt dışı teminat tablolarında ayrıca belirtilmektedir. Yurt dışındaki ayakta ve yatışlı tedavi giderleri poliçelerde belirtilen teminat limitlerine kadar ödenmektedir.

F. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Akdedilecek sözleşmede uygulanacak muafiyet ve uygulama koşulları poliçede belirtilecektir.
2. Tazminatın ödenmesi için aşağıda belirtilen belgelerin Anadolu Sigorta'ya ulaştırılması gerekmektedir.
 - a. Tazminat Talep Formu (Tazminat Talep Formu'nun ilgili bölümlerinin sigortalı, doktor veya tedavi görülen sağlık kuruluşu tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olması gerekmektedir.),
 - b. Tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümleri,
 - c. Yatışlı tedavilerde operasyon raporu ve/veya hasta çıkış epikrizi,
 - d. Rahatsızlığın teşhisine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
 - e. Tedavi gerektiren durumun trafik kazası sonucu meydana gelmesi halinde, alkol raporu, adli rapor ve trafik kazası raporu; trafik kazası dışında bir kaza olması durumunda ise alkol raporu, adli rapor ve sigortalı beyanı,
 - f. Reçetenin aslı, ilaç kupürleri ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura, (ilaç kupürlerinin reçeteye yapıştırılarak gönderilmesi),
 - g. Sinüzit ameliyatlarından önce sigortalıya ait paranazal sinüs tomografisinin aslı,
 - h. Fizik tedavilerinde, tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
 - i. Yurt dışında yapılan tedavilere ait rapor ve tetkiklerin Türkçe tercüme, ödemenin yapıldığına dair belge (kredi kartı ekstresi veya kredi kartı slibi, havale dekontu)
 - j. Kemoterapi tedavi şeması

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

3. Sigortacı; Tahkim sistemine üyedir.
4. Sigortalının tedavisi için anlaşmalı kuruma başvurması durumunda, anlaşmalı kurum şirketimizden provizyon alır ve sigortalı, teminat limitleri dahilinde ödenmesi gereken katılım payını ödeyerek ve ibraname ile onam formunu imzalayarak anlaşmalı kurumdan ayrılır.

G. İNDİRİM VE EK PRİM UYGULAMALARI

Tüm ürünlerimizin için; sigortalılarımızın kullandıklarına bağlı olarak hasarsızlık indirimi ya kullanım ek primi uygulanmaktadır. Bu oranlar ürünlerimiz arasında farklılık göstermektedir. Oranların gösterildiği tablolar Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yer almakta olup poliçeniz ile birlikte teslim edilecektir.

Yatışlı tedavilerini Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden yaptırdığı için Şirketimize tasarruf sağlayan sigortalılarımızın, tasarruf ettirdiği tutar bir sene sonra yenilenecek poliçesine uygulanacak tazminat ek priminden daha yüksek ise yenilenecek poliçelerine tazminat ek primi uygulanmayacaktır.

- Poliçe düzenlendikten sonra Ömür Boyu Yenileme Garantisi alana kadar önemli bir hastalığı ortaya çıkan sigortalıların bir sonraki sene yenilenen poliçelerinde, bu hastalıkları için hastalık ek primi alınabilmektedir. Poliçenin yenilendiği her sene geçerli olacak ek prim oranı, her bir hastalık için %75'i aşmamaktadır.
- Belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklara (komplikasyonlara) ilişkin tüm giderler, yapılan risk değerlendirmesi sonucunda, uygun bulunması halinde, belirli oranlarda hastalık ek primi uygulanarak poliçe kapsamına dahil edilebilmektedir. Hastalık başına, baz primin en fazla %200'ü oranında hastalık ek primi uygulanabilecektir. İnisiyatif şirketimize aittir.
- 0-17 (17 dahil) yaş aralığındaki çocuklar Şirketimiz bireysel sağlık sigortası kapsamında ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanabileceklerdir. Bu durumda aşağıda belirtilen oranlarda ek prim uygulanarak poliçe düzenlenebilecektir;

YAŞ STANDART PRİM TUTARINA UYGULANACAK OLAN SÜRPRİM ORANLARI

0	% 100
1-3	% 50
4-6	% 30
7-17	% 10

- 0-17 yaş arasındaki çocuklardan yukarıda belirtilen ek primlerin alınmaması için ebeveynlerinden en az biriyle aynı planda sigortalanması zorunluluğu bulunmaktadır.
- İlişkili kurum/müşteri indirimi; T. İş Bankası ve iştiraklerinde alan kişilere, eş, çocuk, ebeveyn ve kardeşlerine ve Şirketimiz tarafından özel anlaşma sağlanmış kurum ya da kuruluş mensuplarına tanınan bir indirimdir.
- Primleri ayn tüzel kişi tarafından karşılanan ve asgari 10 çalışanın sigorta kapsamına alındığı bireysel poliçelerde Şirketimiz tarafından belirlenen oranlarda indirim uygulanmaktadır. Bu indirim her bir poliçe için ayrı ayrı tanımlanmaktadır.
- Sigortalımız poliçesine isteğe bağlı olarak eklediği teminatlar için, Şirketimiz tarafından belirlenen ek primi ödeyecek olup, bu prim tutarına herhangi bir indirim ya da ek prim uygulanmayacaktır.
- Evlilik sebebi ile eş statüsünde poliçeye dahil olan sigortalı da dahil olmak üzere sigortalılar doğum teminatını poliçe başladıktan sonra ara dönemde isteğe bağlı olarak alamayacaktır. Doğum teminatı poliçe dönemi başlangıcında isteğe bağlı olarak poliçe kapsamında dahil edilebilecektir.
- 30 (dahil) yaşına kadar bekar çocuklar aile indiriminden yararlanarak aile poliçesinde bağımlı olarak sigortalanabilirler. 0-17 yaş (17 dahil) arasında, ebeveynleri olmadan sigortalanacak kardeşlerin poliçelerine aile indirimi uygulanacaktır. Tek başına çocuk ek primi uygulanmaya devam edecektir.

64 yaşına kadar Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanamayan sigortalıların ve Anadolu Sigorta'da ilk kez sağlık sigortası kapsamına 62, 63, 64 yaşında alınan sigortalıların poliçeleri, 65 yaşından itibaren normal prime ilave olarak % 30 yaş ek primi alınarak 75 (hariç) yaşına kadar yenilenecektir. 75 yaşından itibaren poliçenin yenilenip yenilenmeyeceğine, Şirketimiz tarafından yapılacak tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda karar verilecek olup, poliçesinin devam etmesine onay verilen sigortalılardan alınacak yaş ek primi %50 olacaktır. 64 yaşına gelene kadar herhangi bir yaşta yenileme garantisine hak kazanmış olan sigortalıların poliçelerine yaş ek primi uygulanmaz.

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

- ÖBYG sahibi sigortalılarımızın aktüeryal olarak hesaplayacağımız tarife baz primleri, poliçelerinin yenileme döneminde azami %75 oranında artacaktır. Azami artış oranı olan %75, enflasyon oranının %15'i geçmeyeceği varsayımıyla belirlenmiş olup, enflasyonun bu oranın üzerinde olması durumunda, aradaki fark %75'in üzerine eklenebilecektir.

H. KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ, AKTARILMASI VE İLGİLİ KİŞİNİN HAKLARI

Anadolu Sigorta, veri sorumlusu sıfatıyla kişisel verilerin işlenmesi ve aktarımı süreçlerinde, verilerin hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek, muhafazasını sağlamak ve mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almaktadır. Kişisel veriler, sigortacılıkta risk değerlendirmesi yapılması, poliçe teklifinin oluşturulması, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile bu kapsamdaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve kişiye özel fırsatların geliştirilebilmesi için işlenmekte; aynı amaçlarla Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde yetkili acenteler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, aktüerler, destek hizmet sağlayıcıları ve Kamu kurum ve kuruluşlarına aktarılabilmektedir.

Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir. Özel nitelikli kişisel verilerden sağlık ve cinsel hayata ilişkin olanlar ancak onay verilmesi durumunda işlenebilmektedir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişilerin, bu verilerin işlenmesine onay vermesi halinde, risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla işlenmekte ve aynı amaçlarla sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilebilecek ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtlar SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılabilir.

Söz konusu kişisel veriler, elektronik ortamda otomatik yollar ile sözlü/yazılı şekilde otomatik olmayan yollar vasıtasıyla toplanmaktadır. Bu kişisel veriler işlemin niteliğine göre, Kanunun 5. maddesi kapsamında, "kanunlarda açıkça öngörülmesi", "sigorta sözleşmesinin kurulmasıyla ve ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması sebebiyle gerekli olması", "veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması", "ilgili kişinin temel hak ve özgürlüklerine zarar vermemek kaydıyla, veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri işlenmesinin zorunlu olması" ve istisnai hallerde "ilgili kişinin açık rızasının olması" hukuki sebeplerine dayalı olarak işlenmektedir. Özel nitelikli kişisel veriler ise Kanunun 6. maddesi kapsamında, "ilgili kişinin açık rızasının olması" ve "kanunlarda açıkça öngörülmesi" hukuki sebeplerine dayalı olarak işlenmektedir.

Kişisel veriler işleme amacı dışında kullanılmamakta ve açık rıza yahut ilgili mevzuatta öngörülen bir diğer sebep olmaksızın 3. kişilere aktarılmamakta ve/veya ifşa edilmemektedir. İlgili kişinin, kişisel verilerin işlenmesi ile ilgili vermiş olduğu her türlü onaydan tamamen veya kısmen feragat etme hakkı bulunmaktadır. Bunun dışında ayrıca, kişisel verilerin işlenip işlenmediğini; işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme, hangi kişisel verilerin işlendiğini; işleme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını; yurtiçinde veya yurtdışında bilgilerin üçüncü kişilere aktarılıp aktarılmadığını ve aktarıldı ise bu üçüncü kişileri ya da kişi kategorilerini öğrenmek; kişisel verilerin eksik veya yanlış olması halinde bunların düzeltilmesini; değişmesi halinde güncellenmesini; işlemeyi gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel verilerin silinmesi ya da yok edilmesini; düzeltme/silme/yok etme işlemlerinin, kişisel verilerin aktarıldığı 3. kişilere bildirilmesini talep etmek; işlenen kişisel verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhe bir sonucun ortaya çıkması durumunda buna itiraz etmek ve kişisel verilerin mevzuata aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğranılması halinde zararın giderilmesini talep etme hakkı bulunmaktadır.

Konuyla ilgili detaylı bilgiye Anadolu Sigorta kurumsal web sitesinde yayımlanmış olan Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikasından erişebilirsiniz.

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

I. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Adres : Dijital Sigortacılık ve Müşteri İletişim Müdürlüğü, Rüzgârlıbahçe Mah.
Kavak Sok. No:31 34805 Kavacık/İSTANBUL

Tel No : 0850 7 24 0850; Faks No: 0850 744 0 802

Web/Mobil/E-posta : <http://www.anadolusigorta.com.tr> "Talep ve Şikayetleriniz" formundan, "Sigortam Cepte" mobil uygulamasından veya bilgi@anadolusigorta.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Sigorta Ettirenin, Adı Soyadı ve imzası _____ Sigortacı veya acentenin kaşesi ve yetkilinin imzası _____

Tarih : ___/___/_____

Tarih : ___/___/_____

Bu bilgilendirme formundaki bilgiler, formun her iki tarafça imzalandığı gün itibarıyla geçerlidir. Sigorta ettiren tarafından imzalanan form, poliçeyi düzenleyen sigortacı/acenteye teslim edilmelidir.