

# REFERANS TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

## 1. SİGORTANIN KONUSU, SÜRESİ VE KAPSAMI

REFERANS SİGORTA A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; REFERANS SİGORTA A.Ş. tarafından belirlenmiş anlaşmalı kurum listesinde yer alan ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında geçerlidir.

Poliçede belirtilen sigortalının, sigorta süresi içinde gerçekleşen ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre karşılanan sağlık gideri tutarının üzerinde kalan fark tutarını karşılar.

Sigortalının sağlık giderleri ödenirken göz önüne alınacak bilgi ve belgeler şunlardır.

- Sağlık Sigortası Genel Şartları
- Özel şartlar
- Basımı teslim edilen poliçede yazılı teminat limiti
- Ödeme yüzdesi
- İstisnalar

Sigorta poliçesinin kapsamı poliçe özel şartlarında belirlenmiş şartlara uygun, SGK tarafından kapsama alınmış kişiler için geçerlidir. SGK kaydı biten veya ara verilen sigortalılar, poliçelerini istediği kadar devam ettirebilir. Ancak poliçenin teminatlarını kullanamaz. SGK kaydının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatı kullanılır hale gelir.

Sigortalı; poliçe satın aldığı anda poliçe süresi boyunca REFERANS SİGORTA A.Ş. nin gerekli gördüğü durumlarda aşağıdaki bilgilere ulaşmaya izin verir. REFERANS SİGORTA A.Ş. bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

- Sağlık geçmişi
- Tedavisi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme
- Tedavisi hakkında kurum, doktor ve 3. kişilerden her türlü bilgi alma
- Kayıt isteme ve yerinde tespit etme
- Poliçeye konu olan her işlem için bağımsız temsilciler atama

Sağlık poliçeleri bir yıllık düzenlenir. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki 1 yıllık zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12.00'da başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen 12.00'da sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Sigortalının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması şartıyla poliçe düzenlenmesi bitikten sonra başlar.

## 2. TANIMLAR

### 2.1 POLİÇE

Sigortası ile sigorta ettiren arasında yapılan yazılı belgedir. Poliçe aşağıdaki bilgileri içerir.

- Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri
- Sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini
- Ödenecek prim ve teminat tutarlarını

### 2.2 POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ

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

### 2.3 POLİÇE BİTİŞ TARİHİ

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

### 2.4 POLİÇE TANZİM TARİHİ

Poliçenin yapıldığı günün tarihidir.

## 2.5 POLİÇEÖZELŞARTLARI

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

## 2.6 SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

T.C. Sigorta Düzenleme ve Denetleme kurumu tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Sağlık Sigortası GenelŞartları

[tsb.org.tr](http://tsb.org.tr)

sitesinde güncel olarak yer almaktadır.

## 2.7 BAŞVURU VEBİLGİLENDİRME FORMU

Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, sağlık beyanını, prim ödeme planını içerir. Sözleşmenin müzakeresi ve kurulması sırasında konu, teminatlar ve diğer özellikler hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesini amaçlar. Sözleşmenin devamında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini sağlar. Sigortacı tarafından verilen bilgileri içerir ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gerekir.

Bu form, sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun doldurulması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe tanzim edilir.

## 2.8 SİGORTA ETTİREN

Sigortacı ile sigortalı arasında poliçe primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

## 2.9 SİGORTACI

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında sigorta ettiren veya sigortalıya riskin gerçekleşmesi hâlinde tazminat ödeyen taraftır.

## 2.10 SİGORTALI/ SİGORTALILAR

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

## 2.11 ANLAŞMALI KURULUŞ

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

Anlaşmalı kuruluşların listesinin güncel haline Referans SİGORTA A.Ş.'ne ait <https://www.referanssigorta.net/tamamlayici-saglik-sigortasi> adresli web sayfasından ulaşabilirsiniz. Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı vardır.

## 2.12 ANLAŞMASIZ KURULUŞ

Sigorta şirketi ile özel anlaşması bulunmayan ve anlaşmalı kurum listesinde yer almayan sağlık kurumlarıdır.

## 2.13 ŞİRKET

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarıyla sözleşme yapan ve yaptığı sözleşme karşılığında sigorta şirketlerinin sigortalılarının ürün içeriklerine göre bu sağlık kurumlarından hizmeti almalarını sağlayan kurumlardır.

## 2.14 PRİMTUTARI

Sigortacının sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar karşılığında tazminat ödemesi için sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

## 2.15 SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT)

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Kanun ve "Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayımlanan Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT).

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlandırılan kişilerin, SGK finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirildiği Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni ifade eder.

## 2.16 İLAVE ÜCRETLER

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

## 2.17 KATILIM PAYI

5510 Sayılı kanun çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için Genel Sağlık Sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işlemlerinde SGK ya ödenecek tutar.

## 2.18 LİMİT

Sigortacı'nın Sigorta Poliçesi'nin şartları içerisinde istisna, bekleme süresi, limit ve muafiyet dışında üstleneceği sağlık harcamalarının kapsamıdır. Sigortalı'nın belirtilen teminatından, sigorta poliçesi dönemi süresince kullanabileceği en yüksek gider toplamıdır.

## 2.19 ÖNCE DEN VAR OLAN RAHATSIZLIK

Sigortalanma öncesinde var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıkları içerir. Bu rahatsızlıklara bağlı olarak gelişen nöks ve komplikasyonları da kapsar.

## 2.20 ZEYİLNAME

Poliçenin yürürlüğe girmesinden sonra ortaya çıkan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olan, son durumu gösteren ek sigorta sözleşmesidir.

## 2.21 KOMPLİKASYON

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

## 2.22 PROVİZYON ONAYI

Sigorta Şirketi'nin anlaşmalı sağlık kurumlarına, poliçe özel şartlarında belirtilen şartlar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

## 2.23 TAZMİNAT

Sağlık giderinin poliçe özel ve genel şartları ile teminat limit ve ödeme yüzdesi dahilinde sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

## 2.24 KONJENİTAL HASTALIK

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

## 2.25 KRONİK HASTALIK NE DEMEK?

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

## 2.26 MUACCEL OLMAK

Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

## 2.27 MUAFİYET

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

## 2.28 İSTİSNA

Poliçe öncesinde mevcut olan ya da poliçe döneminde ortaya çıkan sağlık risklerinin sigortacı tarafından kapsam dışı bırakılmasıdır.

## 2.29 RİSK / RİZİKO

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

## 2.30 RÜCU NE ANLAMA GELİR?

Sigorta şirketinin ödediği tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

### 2.31 SİGORTALI TANITIM KARTI

Sigortalının adına düzenlenerek poliçesi ekinde verilen ve anlaşmalı kurumlarda sigorta şirketince sağlanmış koşulların uygulanması için istendiğinde gösterilen karttır.

### 2.32 TEMİNAT

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

### 2.33 VERGİ İNDİRİMİ

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

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

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 indirilebilir.

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 indirilebilir.

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için aşağıdakileri belirtmeniz gerekir.

- 1- Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde muhasebe servisine Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzunu vermeniz gerekir.
- 2- Serbest çalışıyor iseniz, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz yeterlidir.

Gerekli belgeler:

- Prim ödeyenin adı/soyadı
- Ödemenin ait olduğu dönem, ödenen prim ve ödeme yapılan sigorta şirketinin ünvanı
- Ödeme tutarına ilişkin bilgilerin yer alması koşuluyla banka dekontu
- Otomatik para çekme makinası makbuzu ve kredi kartı özetleri

## 3. TEMİNATLAR VE UYGULAMA ESASLARI HAKKINDA BİLGİLENDİRME

Referans Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; Sigortalıların, ŞİRKET'in SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) ile sözleşme/protokolü bulunan sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları sırasında oluşabilecek ilave ücretlerin ödenmesini kapsar. Bu ücretlerin ödenmesi poliçe teminat limit, ödeme oranı, özel ve genel şartları doğrultusunda geçerlidir.

Poliçe teminat limit ve katılım payını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

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

Bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar üzerinde ŞİRKET' in değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır. Listenin güncel hali <https://www.referanssigorta.net/tamamlayici-saglik-sigortasi> adresinde yer alır.

### 3.1. YATARAK TEDAVİ

Sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen ve zorunlu olarak poliçe içinde yer alan teminattır. Giderlerinin poliçe özel ve genel şartları ve teminat tablosunda belirtilen limitler çerçevesinde karşılanmasını kapsar.

- Cerrahi ve/veya dahili yatışlar
- Yoğun bakım
- Kemoterapi

- Radyoterapi
- Diyaliz
- Koroner Anjiyografi
- Suni uzuv
- Özellikli ameliyat malzemeleri
- Evde bakım giderleri
- Küçük müdahale giderleri
- Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri

Yatarak tedavi teminatı kapsamındaki sağlık giderleri, tüm anlaşmalı kurumlarda bir yıllık sigorta süresi içinde 180 gün ile sınırlıdır.

Yoğun Bakım için 90 gün sınırı bulunmaktadır.

Anlaşmalı Kurum bulunmayan illerde Yatarak Tedavi yıllık 20.000 TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 4 SUT olarak ödenir.

Tek başına yatarak tedavi alınması durumunda fizik tedavi teminatı sadece ameliyat sonrası gerekli olan durumlar için kapsam dahilindedir. Ameliyat sonrası gerekli görülen fizik tedavi değilse bu teminat kullanılamaz. Ve toplamda yıllık ayakta veya yatarak hangi sebeple kullanılırsa kullanılsın 2000 TL limit 30 seans ile sınırlıdır.

### 3.1.1 Acil Tedavi Giderleri

Acil hal aşağıdaki gibi tanımlanır.

- Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar
- İvedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar

Acil hale giren hastalıklar:

- Akut batın
- Akut hipertansif atak
- Akut masif kanamalar
- Akut myokard infarktüsü ( Kalp krizi) ve ciddi ritim bozuklukları
- Astım krizi ve akut solunum yetmezliği
- Ciddi allerji
- Anaflaktik şok
- Donma
- Elektrik çarpması
- Göz yaralanmaları
- Menenjit
- Ensefalit
- Beyin absesi renal kolik
- Sıcak/güneş çarpması
- Suda boğulma
- Şuur kaybına neden olan her tür hal
- Trafik kazası
- Travma sonucu oluşan kırık ve yaralanma ve uzuv kopmaları
- Yanık
- Yüksek ateş (39.5 üzeri)
- Zehirlenme ( kimyasal madde ve besin zehirlenmesi)

Bu teminat aşağıdaki durumlarda kullanılabilir:

- 1- Sigortalının anlaşmalı kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması
- 2- Tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'na uygun olması

Hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan özelliikli ameliyat malzemeleri, gerekliliğinin doktor raporu ile belgelenmesi gerekir. Bu malzemeler Sigortacı'nın onay vermesi koşulu ile poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi doğrultusunda bu teminat kapsamında karşılanır.

### 3.2. AYAKTA TEDAVİ

Poliçede belirtilen limitler dahilinde sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin aşağıdaki teminatlardır.

- Doktor muayene
- Laboratuvar hizmetleri
- Görüntüleme
- Endoskopik işlemler ve ileri tanı yöntemleri
- Fizik tedavi

Ayakta tedavi giderleri poliçede ilgili teminatın seçilmesi kaydı ile poliçe üzerinde belirtilen adet limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Doktor muayene ile vaka takip numarası ilişkisi olmadan gerçekleşen tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri kapsam dışındadır.

Endoskopik işlemler ve Fizik Tedavi İşlemleri toplam ayakta tedavi teminatından, doktor muayene dışında ayrı bir hak olarak değerlendirilir.

Fizik tedavi teminatı SGK'nın seans adedi kurallarına bağlı olarak poliçe döneminde maksimum 2.000 TL limit ve 30 seans ile sınırlıdır.

Anlaşmalı Kurum bulunmayan illere özel olarak Ayakta Tedavi yıllık 2.000 TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 4 SUT olarak ödenir.

5510 SGK Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım ücreti sigortalı tarafından ödenecektir.

Ayakta Tedavi aşağıdaki durumlarda kullanılabilir:

- 1- Sigortalının anlaşmalı kurum listesinde yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması
- 2- Tedavi talep edilen rahatsızlığın sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması

### 4. BEKLEME SÜRELERİ

Yatarak tetkik/tedavi giderleri ile tüm fizik tedavi giderleri, endoskopik işlemleri bekleme süresinin konusu olup rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaz. Aşağıdaki rahatsızlıklar sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

- Her türlü kanser hastalığı
- Kalp ve koroner damar hastalıkları ve her türlü kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, KOAH astım vb) felç, tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multiple skleroz, romatoid artrit vb.) epilepsi sakroidoz tanı ve tedavilerine yönelik girişimler
- Kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikozel
- Her türlü omur disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vs), diz (eklem ve bağ) cerrahisi (menüsküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vs), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vs), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri
- Her türlü iç organ fıtığı (kasık fıtığı, göbek fıtığı, mide fıtığı vs.)
- Rahim ve yumurtalık hastalıkları, myom, meme hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), (özefagus varisleri dâhil) varis, hidrosel, spermatosel
- Organ yetmezlikleri, organ nakilleri ve bunların komplikasyonları
- Göz hastalıkları (katarakt, glokom vs.)
- Tiroit hastalıkları, tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi

- Mide, sindirim borusu, bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit , crohn vb)(anorektal hastalıklar), pilonidal sinüs hastalığı, hemoroid, fissür,fistül, anal apse vb.
- Karaciğer hastalıkları, safra yolu hastalıkları
- Her türlü kitle (tümör, lipom, verrü, nevüs, polip, nodul vb.), kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.) ile ilgili sağlık harcamaları,

## 5. COĞRAFİ KAPSAM

Poliçe, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri (KKTC dahil) poliçe teminat kapsamında değildir.

## 6. TEMİNAT DIŞI KALAN HASTALIKLAR

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

1. Beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri, bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) zamanlarda meydana gelen sağlık giderleri
3. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçlar hariç diğer durumlar kapsam dışıdır. Anlaşmalı kurumlarla yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri
4. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri. 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları. Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları (evlilik, işe başlama, spora başlama vb) için oluşacak sağlık giderleri
5. Her türlü ambulans hizmeti ücretleri (şehir içi ve şehir dışı dahil)
6. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler
7. Gözlük cam, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık, görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler
8. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç masrafları, aşı giderleri, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, yardımcı malzemeler, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliğinden ibaret tıbbi malzemeler ile yanık ve yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler, enjektör, itriyat, hidrofil, pamuk, alkol ve kolonyalar, termofor, cilt sabunları, diş macunları vb. malzeme masrafları, yurtdışında gerçekleşen ve getirtilecek olan ilaç masrafları ile her türlü sağlık gideri, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.
9. Gündelik iş görememe, yol, gündelik bakım, rehabilitasyon, check-up (check-up paketlerini teminat altına alan sigortalılar hariçtir), ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları vb. özel harcamalar
10. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgilietkik ve tedaviler, impotans (peyroni , penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri, tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimosiz dahil)
11. Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklara (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.) ait sağlık giderleri
12. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekometri; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar
13. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkingiderler
14. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanması ilişkin giderler

15. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatrik hastalıklar
16. Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları
17. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kirabedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar
18. Gebelikle ilgili her türlü sağlık gideri, doğum gideri ve yeni doğan bebekmasrafları
19. Sebebi ne olursa olsun her türlü bariatrik cerrahi yöntemleri (gastrik by-pass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejunu-ileostomi, barsak kısaltılması vb.)
20. Omurga şekil bozuklukları ile ilgili giderler (kifos, skolyoz vb.), ameliyat nedenine bakılmaksızın nasal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka, nasal valv cerrahisi vb.)
21. Tanısı ileri yaşta ve poliçe döneminde konya bile doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik hastalıklar , bozukluklar ve büyüme gelişme kontrol ve teşhis yöntemleri
22. Bir poliçe döneminde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri ve suni uzuv için poliçede belirtilen limiti aşan giderler
23. Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen yatarak ve ayakta tedavi giderleri. 8. Madde Tazminat Ödemeleri içerisinde hangi şartlarda anlaşmasız sağlık kuruluşlarına gidileceği dikkatle belirtilmiştir.
24. Obezite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri, diyetisyen ile ilgili tüm giderler
25. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS), genital kondilom, genital siğil, genital herpes, sifiliz, gonore, trikomoniasis ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri
26. Profesyonel ( Lisanslı ) ve tehlikeli tüm spor faaliyetleri ve/veya tüm yarışlar ile bunlarla sınırlı olmayan tehlikeli faaliyetler (dağcılık, solunum cihazıyla dalma, uçak ve planör pilotluğu, paraşütçülük, parapant, delta kanatla uçuş, ata binme, kayak yapma, su sporları, dalgıçlık, ulaşım amaçlı olsa dahi atv kullanma vb.) nedeniyle gerçekleşen sağlık tedavi giderleri(bisiklet, motorlu bisiklet, elektrikli motorsiklet ve bisiklet kategorisinde kabul edilen, elektrikli kayak vb. ile araçların yasalarda düzenlenen kurallara aykırı kullanımı sonucu meydana gelen yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,)
27. Sağlık hizmeti ile ilgili olmayan (telefon, ulaşım, konaklama vb.) her türlü giderler
28. Uyku apnesi ve horlama ile ilgili her türlü giderler
29. Ses ve konuşma terapileri
30. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerları) Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler Amerikan FDA (Food and Drug Administration) FDA kurumu tarafından onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri, yatış gerektirmeyen hastane hizmetleri, ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli işyeri ve çalışan taramaları, doktorların talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli
31. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler
32. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider
33. SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde gerçekleşen ve/veya SGK ile anlaşmalı olan ancak ilgili branşta anlaşması olmayan kurumda bu branşa ait gerçekleşen sağlık giderleri

## 7. UYGULAMA ESASLARI

Teminatlar poliçe üzerinde belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi oranında geçerli olup Sigortacı, aşan durumlardan sorumlu değildir. Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamı dışındadır.

REFERANS SİGORTA A.Ş.'nin bu poliçe için geçerli şirket ve anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkına sahiptir. Listenin güncel

hali <https://www.referanssigorta.net/tamamlayici-saglik-sigortasi> adresinde yer alır.

## 8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

REFERANS SİGORTA A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki ayakta ve yatarak tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait faturalar; kuruma verilecek provizyon onayı sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenir. Provizyona konu evraklar ve faturalar ilgili kurum tarafından sigorta şirketine gönderilir.

Referans Sigorta A.Ş.'nin bir ilde anlaşmalı sağlık kurumu bulunmuyor ise o ilden gelen özel sağlık kurumu faturaları aşağıdaki limitler dahilinde değerlendirilir.

SGK anlaşması olması şartı ile;

- Yatarak tedavi için yıllık 20.000 TL
- Ayakta tedavi limiti için 2.000 TL dahilinde
- Yatarak ve Ayakta tedavi için SUT4 oranını aşmayacak şekilde

Sigortalının ikamet adresinden itibaren 50 kilometre içerisinde anlaşmalı kurumumuz bulunmuyor ise bizimle anlaşması olmayan ancak SGK ile anlaşması olan hastaneler kullanılabilir. Gelecek tazminat talepleri poliçede belirtilen SUT oranları ve yıllık limit kapsamında değerlendirilir.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği; REFERANS SİGORTA A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir.

Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, REFERANS SİGORTA A.Ş. ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. (Hakların Devri İlkesi)

### 8.1 İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri

Genel Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri hiçbir şekilde karşılanmaz. Ancak, Genel Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" güncellendiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişir.

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri
- Yoğun bakım hizmetleri
- Yanık tedavisi hizmetleri
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri)
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri
- Organ, doku ve hücre nakilleri
- Doğumsal anamoliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri
- Diyaliz tedavileri
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

## 9. RESMİ KURUM BİLGİLENDİRME

Sigorta Şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Sigorta Düzenleme ve Denetleme Kurumu ile SAGMER' e bu poliçede yer alan sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerini ibraz etmekle yükümlüdür.

Sağlık sigortası satın alan her kişi bu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında şirketçe alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler v.b.) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini önceden kabul etmiş sayılır.

## 10. PRİMİN TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

REFERANS SİGORTA A.Ş. ürün primlerini kişi bazında aşağıdaki kriterlere göre belirler.

- Yaş
- Cinsiyet
- İkamet adresi
- Sigorta süresi
- Geçmiş dönem kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı)
- Teminat yapısı
- Teminat limiti ve sağlık giderlerinin uygulanacağı il
- SUT fiyatları
- Ülkedeki sağlık enflasyonu
- Komisyon ve genel giderler

Primler gerekli görüldüğünde sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

Sigorta ettirenin poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir. Sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

Sigortacının yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oran ve kriterlerinde makul ölçüde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Poliçe sonunda poliçe kapsamındaki sigortalılara o yıl içinde ödenen tazminat/prim oranının aşağıdaki belirtilen oranlarda olması ve sigorta sözleşmesinin kesintisiz olarak yenilenmesi halinde hasarsızlık indirimi ve kullanım ek primi yeni sözleşme primlerine uygulanır. Ancak poliçe yenileme aşamasından sonra sigortalının tazminat talebinde bulunması ve poliçenin tazminat/prim oranının değişmesi halinde, sigortacı oluşacak fark primi sigorta ettiren/sigortalıdan zeyilname ile talep eder.

Yenileme primlerinin belirlenmesi sırasında; genel olarak aşağıdaki kriterler dikkate alınır.

- Sigortalının yaş
- Yaşadığı şehir
- Medikal enflasyon
- Sigortalı özneline genel kriterlere ek olarak sigortalının hasar/prim oranı
- Geçmiş sağlık bilgileri
- Seçtiği anlaşmalı kurum ağı

<b><u>Tazminat/Prim</u></b>	<b><u>0%</u></b>	<b><u>21%</u></b>	<b><u>41%</u></b>	<b><u>51%</u></b>	<b><u>101%</u></b>	<b><u>151%</u></b>	<b><u>201%</u></b>	<b><u>300%</u></b>
	<b><u>20%</u></b>	<b><u>40%</u></b>	<b><u>50%</u></b>	<b><u>100%</u></b>	<b><u>150%</u></b>	<b><u>200%</u></b>	<b><u>300%</u></b>	<b><u>~</u></b>
<b><u>İndirim</u></b>	<b><u>-15,00%</u></b>	<b><u>-7,50%</u></b>	<b><u>-5,00%</u></b>	<b><u>-1,50%</u></b>	-	-	-	-
<b><u>Ek prim</u></b>	-	-	-	-	<b><u>13,00%</u></b>	<b><u>65,00%</u></b>	<b><u>90,00%</u></b>	<b><u>120,00%</u></b>

### 10.1 Primi arttıran/azaltan durumlar

Ürünün enflasyona bağlı fiyatlarının değişmesi, sigortalının ikamet adresini değiştirmesi, poliçenin ayakta tedavi ve yatarak tedavi teminatlarının adet ve tutarları, sigortalılık süresi, aile olma durumu, varsa ek teminatlar prim hesaplanması esnasında fiyatın değişmesine neden olabilmektedir.

## 11. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASINDA ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ VERİLİŞ KRİTERLERİ

Sigortalı Referans Sigorta tarafından şartlı ya da şartsız olarak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkını aşağıdaki kuralları sağlaması durumunda kazanır.

- Kesintisiz 3 yıl aynı planda sigortalı olması
- Tazminat/Prim ortalamasının %80 altında kalması
- 60 yaşından önce sigortaya girmiş ve poliçe dönemi öncesinde veya poliçe döneminde aşağıda belirtilen hastalıklara ilişkin bir tanı almamış olması

Hastalıklar:

- AIDS, HIV Taşıyıcı ve hastaları
- Diyabet
- Hipertansiyon
- Kalp hastalıkları (Hiperlipidemi, kalp yetmezliği ve kalp kapak hastalıkları dahil)
- Felç, İnme, Epilepsi, Ms (Multiple Skleroz), Alzhiemer, Parkinson
- SLE ( Sistemik Lupus Eritematozus)
- Kanser
- Kronik Böbrek, Kronik Karaciğer, Kronik Akciğer Hastalıkları
- Ciddi Yanıklar
- Bağışıklık Sistemi Hastalıkları
- Organ yetmezlikleri ve Nakiller

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını yapılacak risk değerlendirmesi neticesinde yapılan değerlendirme sonucu sağlık durumu uygun bulunan sigortalılar kazanır ve risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit, medikal ek prim, kullanım ek primi uygulanabilir. Değerlendirme esnasında sigortalılardan tetkik sonucu, medikal rapor vb. belge ve bilgi talep edilebilir.

Referans Sigorta ömür boyu yenileme garantisi verdiğinde, bir alt planda poliçesi olan sigortalının bir üst plana geçişi kabul edilmez. Sigortalı daha dar kapsamlı olan alt plana geçiş yapabilir.

Ömür Boyu Yenileme Güvencesi hakkı kazanan sigortalının son kullandığı ürün yenileme sırasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise teminatları benzer olan başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda almış olduğu Ömür Boyu Yenileme Güvencesi hakkı saklı tutulur.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ömür boyu yenileme garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişilerden birisine Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ömür boyu yenileme garantisi verilmesi, poliçedeki diğer aile bireyelerine de aynı garantinin verildiği anlamına gelmez.

## 12. SİGORTAYA KABUL VE YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerlidir. Sigorta giriş yaşı hesabı; poliçe başlangıç tarihindeki yıldan, sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur.

Bu sigorta, 15 günü tamamlamış sağlıklı bebekler ve 60 yaşından gün almamış kişileri ( 59 yaşındaki kişiler )teminat altına alır. REFERANS SİGORTA A.Ş. Tamamlayıcı Sağlık Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları SGK kabul kriterleri dikkate alınarak sigorta teminatına dâhil edilebilirler. Yenileme süresi maximum 70 yaşına kadardır.

Sigortaya alınma koşulları aşağıdadır:

- Yeni doğan bebekler doğum tarihi itibarıyla 15.gün risk analizi değerlendirilmesi yapılarak sigorta ettirenin 18 yaşından büyük ve aynı poliçede sigortalı olması durumunda aile poliçesine eklenerek sigortalanır. 0-17 yaş çocuklar tek başına sigortalanamaz.
- Aynı poliçe kapsamında aile olarak sadece anne, baba ve/veya bekar çocuklar yer alabilir.
- Bireyler ilk poliçe başlangıcında sigorta kapsamında alınmadı ise poliçenin devam eden 1 yıllık ara döneminde eş veya çocuk dahil edilememektedir. Aile üyeleri yenileme döneminde dahil edilebilir.

Sigorta kapsamına kabulde, REFERANS SİGORTA A.Ş. 'nin risk analizi değerlendirme sonucuna göre kişiyi sigortaya kabul edip etmeme hakkı saklıdır.

Şirketimizde ilk sigortalılık tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri kapsam dışındadır. Sigortalılık süresi içinde tespit edilen fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için istisna ve/veya ek prim uygulanabilir.

#### 12.1 Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçişlerdeki Uygulamalar

Diğer sigorta şirketlerinden Referans Sigorta'ya geçiş yapıldığında sigortalının yılları ve diğer hakları devir alınmaz. Referans Sigorta'da poliçesi başlayan her bir sigortalı 1. yıldan itibaren sigortalı olarak kabul edilir.

### 13. PRİMİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN / SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

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

Vade tarihi itibarı ile 15 gün içinde prim tahsilatı yapılamaz ise poliçe beklemeye alınır. Devamındaki 15 gün içerisinde hala prim tahsilatı yapılmazsa beklemeye alınan poliçe iptal olur.

Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ödeme planındaki prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde poliçe gecikmeye düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi hâlinde Türk Ticaret Kanunu hükümleri uygulanır.

Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin düzenleme tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise risk ve hasarın gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

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

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

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

Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır.

Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olması ve sigortalıların sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, Sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacı' ya iletilmesi gereklidir. Bu durumda sigorta ettiren değiştirilerek poliçeye devam ettirilir.

Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda yukarıda belirtilen iptal süreçleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Sigorta Ettirenin sigortalı ile aynı olduğu ve tek kişilik bir poliçede, Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işlemle alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen şartlar doğrultusunda varsa prim iadesi poliçedeki Sigorta Ettirene yapılır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sağlık gideri belgelerinin gerçeğe aykırı şekilde düzenlenmesi, sigortalının yarar sağlamak adına kötü niyetli kullanımlarının tespit edilmesi durumunda, Sigorta Şirketi sigorta bilgi merkezine bildirmek dışında, tazminat ödemelerini geri alma ile prim iadesiz olarak poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Aşağıdaki durumların tespit edilmesi durumunda, Sigorta Şirketi sigorta bilgi merkezine bildirmek dışında, tazminat ödemelerini geri alma ile prim iadesiz olarak poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

- Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması
- Sağlık gideri belgelerinin gerçeğe aykırı şekilde düzenlenmesi
- Sigortalının yarar sağlamak adına kötü niyetli kullanımlarının tespit edilmesi

## 14. EK BİLGİLENDİRMELER

### 14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler sigortaya konu olan belgeleri imzalamak ile yükümlüdür.

Risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi için sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin edinilmesine izin verir. Bu bilgiler Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından edinilebilir.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler şirket neznindeki bu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen kurumlar ile paylaşılmasına izin vermiş sayılır.

### 14.2 Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki bildiği ve bilmesi gereken tüm hususları ve değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Aşağıdaki durumlarda sigorta ettiren ve/veya sigortalının poliçesi Sigortacı tarafından iptal edilebilir.

- Başvuru aşamasındaki beyanlarının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi
- Varlığından haberdar olduğu veya bilmesi gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması hali

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.

Sigortacı aşağıdaki durumlarda yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve ÖBYG olsa dahi poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

- 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,
- Sigortaya giriş kurallarına uyulmaması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması

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

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

## PRİM AYARLAMA KLOZU

Sigorta süresi içerisinde Sigortacı aşağıdaki koşullar sebebiyle poliçedeki primi değişen koşullara ayarlama hakkına sahiptir. Bu halde Sigorta Ettiren'in kanundan doğan hakları saklıdır.

- Riskin ağırlaşması
- Artan maliyetler
- Piyasa koşulları
- Bunlarla sınırlı olmaksızın diğer sebepler

### Bulaşıcı Hastalık İstisnası Klozu (değişik haliyle LMA 5503 uyarınca) aşağıda verilmiştir:

1. İşbu Sözleşme aşağıdakilerden kaynaklanan her türlü doğrudan veya dolaylı hasar, zarar, tazminat, sorumluluk, masraf veya gideri veya Zaman Bağımlı Kayıpları kapsamaz:
  - 1.1. Bulaşıcı bir Hastalık veya bunun mevcut veya algılanan endişesi veya tehdidi; veya
  - 1.2. Söz konusu Bulaşıcı Hastalığın yayılımını azaltmak veya sınırlandırmak amacıyla uygulamaya konulan işletmeleri kapatma tedbirleri; veya
  - 1.3. Yukarıdaki nedenlerin bir birleşimi.
2. Diğer şart, koşul ve istisnaları saklı kalmak kaydıyla, işbu Sözleşme, doğrudan doğruya işbu Sözleşme kapsamında teminat altına alınan ve başka herhangi bir biçimde istisna tutulmayan bir riskin neden olduğu ve doğrudan doğruya yukarıda belirtilen durumlar sonucunda ortaya çıkan maddi kayıp veya mal zararı ile Zaman Bağımlı Kayba karşı teminat sağlar. Şüphelerin izalesi bağlamında;
  - (i) Hastalığa karşı uygulamaya konulan her türlü devlet tedbirini de dâhil olmak üzere Bulaşıcı Hastalık işbu Sözleşmenin başka bir biçimde teminat altına aldığı bir riziko değildir;
  - (ii) Bir Bulaşıcı Hastalığın veya bir Bulaşıcı Hastalığa neden olabilecek veya neden olabileceği düşünülen herhangi bir madde veya faktörün fiili veya şüphe konusu mevcudiyeti veya (mevcut veya algılanan) varlığına ilişkin korku ve tehditler işbu Madde kapsamında maddi kayıp veya mal zararı olarak değerlendirilmez.
3. Bu hükmün işbu Sözleşmenin diğer herhangi bir hükmü ile çelişmesi durumunda, bu hüküm geçerlidir.

### Tanımlar

4. Bulaşıcı Hastalık herhangi bir organizmadan bir diğer organizmaya geçen herhangi bir madde veya faktörün bulaştırılabildiği ve aşağıdaki şartları sağlayan her türlü hastalığı ifade eder:
  - 4.1. madde veya faktör, canlı olup olmamasına bakılmaksızın virüs, bakteri, parazit veya diğer her türlü organizmanın veya bunların çeşitli alt türlerini de kapsar; ve
  - 4.2. geçişin doğrudan ya da dolaylı olmasından bağımsız olarak hava yoluyla, vücut sıvıları yoluyla, herhangi bir yüzey veya nesneden, katı, sıvı veya gazdan geçiş veya organizmalar arasında geçiş şeklinde tezahür edebilen; ve
  - 4.3. hastalık, madde veya faktörün insan sağlığı veya insan refahına zarar verebilir veya zarar verme riski içerir, veyahut malların bozulması, değer kaybı, pazarlanabilirliğinin kaybı, veya kullanım kaybına neden olabilir veya neden olma riski içerir.
5. Zaman Bağımlı Kaybı iş kesintisini, koşullu iş kesintisini ve diğer her türlü dolaylı kaybı ifade eder.

## KARA PARA AKLANMASI KLOZU

Müşterinin; Kara Paranın Aklanmasının Önlenmesine ve Terörün Finansmanının Engellenmesine ilişkin kanunlar başta olmak üzere mevzuat gereğince uluslararası veya ulusal kayıtlara istinaden oluşturulmuş veya yayınlanmış listelerde bulunması halinde Şirket, sigorta poliçesi talebini reddetmek ya da tek taraflı feshetme hakkını saklı tutar. Oluşturulmuş ve hatta primi alınmış sigorta poliçesine istinaden meydana gelen hasar ile ilgili tüm ödemeleri ve/veya hasar işlemlerini dondurma, öteleme ve gerektiğinde bu nedene dayanarak hasarı reddetme hakkına sahiptir.

## KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME VE ONAY

Sigortacılık alanında faaliyet gösteren ve İstanbul Ticaret Sicilinde 252555 no ile kayıtlı; Emirhan Cad, Barbaros Plaza, No:113 Kat: 13-14 Dikilitaş, Beşiktaş, İstanbul adresinde yer alan, 0394000603100017 MERSİS no'lu, Büyük Mükellefler VD. 3940006031 vergi no'lu,

REFERANS SİGORTA A.Ş. olarak; "Veri Sorumlusu" sıfatıyla,

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na (KVKK) göre,

Aşağıda listelenen kişisel bilgileriniz, aşağıda açıklanan çerçevede kullanılabilir.

### Kişisel Veri Nedir?

Size ait kişisel bilgiler:

- Kimlik bilgileri (ad, soyad, TC kimlik numarası vs)
- IP
- Adres ve telefon bilgileri
- Araç ve plaka bilgileri
- Banka hesap bilgileri
- Aile durum bilgileri
- Ses ve görüntü gibi sizin belirlenmenizi veya belirlenebilir olmanızı sağlayacak her türlü bilgi
- Her türlü sağlık bilgisi

### Kişisel Verileriniz Nasıl İşlenir?

- Kişisel bilgileriniz;
- Kaydedilebilir
- Saklanabilir
- Mevcut durumu yansıtmak üzere güncellenebilir
- Aşağıda belirtilen detayda aktarılabilir
- KVKK'da belirtilen diğer işleme yöntemlerinden birisi ile işlenebilir

### Kişisel Verileriniz Neden İşlenir?

- Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat kapsamında, her türlü sigortacılık ürün ve hizmetlerimizde kullanmak için
- Şirketimizce sunulan tüm sigortacılık ürünleriyle ilgili olarak (gerektiğinde resmi kurumlar aracılığı ile yasal şekilde ulaştığımız diğer kişisel bilgilerinizi de kullanarak) teklif sunmak için
- İşlem sahibinin bilgilerini tespit etmek için
- İşlem sahibiyle poliçe ya da hasarla ilgili veya hizmetlerimizin iyileştirilmesi veya yeni hizmetler sunulması amacıyla iletişim kurmak için
- Kimlik, adres ve diğer gerekli bilgileri toplamak ve kaydetmek için
- Elektronik veya kağıt ortamındaki işlemlerle ilgili tüm kayıt ve belgeleri düzenlemek için
- Mevzuat, Hazine Müsteşarlığı ve diğer otoritelerce öngörülen bilgi saklama, raporlama, bilgilendirme yükümlülüklerine uymak için
- Talep ettiğiniz sigortacılık faaliyetlerimizi gerçekleştirebilmek ve düzenlediğimiz sözleşmenin gereğini yerine getirmek için
- Sigorta sözleşmesi düzenlendikten sonra bize iletilen ek kişisel bilgileriniz ile talep edeceğimiz zeyil işlemlerini gerçekleştirebilmek için
- 

### Kişisel Verileriniz Hangi Kişiler ve Kuruluşlara Aktarılabilir?

Kişisel verileriniz sigortacılık faaliyetlerimizi yürütmek ve iyileştirmek amacıyla aşağıdaki kişi/kuruluşlara aktarılabilir ve onlar tarafından işlenebilir:

- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM) ve diğer yasal kurumlar
- Mevzuat hükümlerinin izin verdiği kişi veya kuruluşlar
- Sigortacılık faaliyetlerimizi yürütmek için hizmet aldığımız, iş birliği yaptığımız çeşitli kişi ve kurumlar
- Diğer sigorta şirketleri
- Yurtiçinde veya yurtdışındaki reasürörler
- Bankalar
- Çeşitli hukuki yükümlülüklerimiz kaynaklı diğer üçüncü kişiler

Kişisel verilerinizin güvenli bir şekilde saklanmasını sağlamak ve hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek için mevzuatta öngörülen tedbirler alınmaktadır.

Şirketimizin veri işleme politikası hakkında detaylı bilgi için, [www.referanssigorta.net](http://www.referanssigorta.net) adresinde yer alan Referans Sigorta Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Bilgilendirme dokümanını inceleyebilirsiniz.

### **Kişisel Verileriniz Nasıl Toplanır?**

Kişisel verileriniz aşağıdaki kanallar aracılığıyla sözlü, yazılı veya elektronik ortamda toplanabilir.

- Genel Müdürlük
- Acenteler
- Anlaşmalı olduğumuz sigorta brokerleri
- İşbirliği içinde olduğumuz üçüncü kişiler
- <https://www.referanssigorta.net/> adlı internet sitemiz
- Mobil uygulamamız
- 08505555555 numaralı çağrı merkezimiz

### **Kişisel Verileriniz Ne Kadar Saklanır?**

Kişisel verileriniz Sigortacılık Mevzuatı'na göre en az 10 yıl boyunca şirketimiz tarafından saklanır.

### **KVKK'nın 11. Maddesi Gereği:**

Şirketimizin web sitesinde <https://www.referanssigorta.net/iletisim> yer alan iletişim formunu kullanarak kendinizle ilgili, kişisel verilerinizin:

- a) işlenip işlenmediğini öğrenme,
- b) işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme,
- c) işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme,
- ç) yurtiçinde veya yurtdışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme,
- d) eksik veya yanlış işlenmiş olması halinde bunların düzeltilmesini isteme,
- e) KVKK'nın 7.maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini/yok edilmesini isteme,
- f) aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin bildirilmesini isteme,
- g) münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme,
- ğ) kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep etme hakkına sahipsiniz.

### **YANLIŞ SİGORTA UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİ YASAL UYARI**

Yanlış Sigorta Uygulamaları Yönetmeliği Hakkında Yasal Uyarı:

Sigortalı/ Sigorta ettiren / Lehdar / hak sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde; tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız/hukuka aykırı menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eylemde bulunmanız durumunda, sigorta tazminatını eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabileceği gibi Türk Ceza Kanunu; Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve bu Uygulamalarda Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ve sair mevzuat uyarınca aleyhinizde işlem tesis edilebileceğini hatırlatırız.