



QUICK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU ve KAPSAMI

Quick Sigorta A.Ş. (Sigortacı), Quick Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile sigorta süresi içinde gerçekleşen ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre karşılanan sağlık giderleri üzerinde kalan fark tutarları, Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik), işbu Özel Şartlara (Özel Şartlar) uygun olarak poliçede belirtilen teminatlar, teminat limiti, teminat ödeme yüzdesi ve varsa muafiyetler doğrultusunda, poliçede ürün için tercih edilen Anlaşmalı Kurum Ağı Listesi'nde (Network) yer alan, Quick Sigorta ve SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumlarında gerçekleşmesi kaydıyla güvence altına alır.

Sağlık poliçeleri bir yıllık düzenlenir. Poliçe üzerinde yazılı olan poliçe başlangıç tarihinde ve Türkiye saati ile öğlen 12.00'de başlar, bitiş tarihinde öğlen 12.00'de sona erer.

Poliçe teminatları SGK tarafından kapsam altına alınmış ve ismi poliçede yer alan sigortalılar için ayrı ayrı geçerlidir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar müstahaklık yeniden başlayana kadar poliçe teminatlarından faydalanamaz.

Sigortacının sorumluluğu, sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçenin düzenlenmesi sonrasında başlar. Poliçe primi kredi kartı ile poliçe üzerinde belirtilen ödeme planına göre tahsil edilir.

Sigortacı, Özel Şart'larda taahhüt ettiği sorumlulukları yerine getirebilmek ve kesintisiz hizmet sağlayabilmek amacıyla gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme, bilgi toplama ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortacı, sigortalının sağlık geçmişi ve mevcut durumuna ilişkin bilgileri ve poliçenin düzenlenmesi amacıyla ve bilgi edinme hakkı kapsamında sigortalının yürürlükteki mevzuata da uygun bir şekilde verdiği açık rızaya dayanarak işler. Sigortacı bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

2. TANIMLAR

Genel Sağlık Sigortası (GSS): 31/05/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun (Kanun) 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu Kanun'un 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigorta sistemini;

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma usul ve esasları ile bu giderlerin Sosyal Güvenlik Kurumunca ödenecek bedelleri düzenleyen tebliği;

Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER): Sigortacılık Kanunu'na istinaden yanlış sigorta uygulamaları da dahil olmak üzere, risk değerlendirmesine esas bilgileri toplamak ve bu bilgilerin sigorta, reasürans ve sigortacılık faaliyetinde bulunan emeklilik şirketleri ile T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı'nın belirlediği kişilerle paylaşılmasını sağlamak amacıyla Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği bünyesinde tüzel kişiliği;

Bireysel Sağlık Sigortası: Bireyin tek başına veya anne, baba, 24 yaşını aşmamış evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türünü;

Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar): Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Poliçe Özel Şartları: Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgeyi;

Sigortacı: Sağlık branşında faaliyet ruhsatı bulunan, prim karşılığı tazminat ödemeyi taahhüt eden Türkiye’de kurulu sigorta şirketi olan Quick Sigorta’yı;

Sigortalı: Sağlık riskleri işbu poliçe ile teminat kapsamına alınan ve poliçede isimleri bulunan kişi/veya kişileri;

Sigorta Ettiren: Sigortacı ile sağlık sigortası sözleşmesi akdeden ve sigorta priminin borçlusu olan ve sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmesi gereken gerçek veya tüzel kişiyi;

Poliçe: Sözleşmenin taraflarını, rahat ve kolay okunacak biçimde ve anlaşılır bir dilde tarafların ve sigortalının haklarını, temerrüde ilişkin hükümler ile genel ve varsa özel şartları içeren, sigortacı tarafından düzenlenen belgeyi;

Zeyilname: Poliçenin devam eden süresi içerisinde, poliçede bulunan bilgilerdeki değişiklikleri kaydetmek üzere ek olarak düzenlenen ve poliçenin ayrılmaz parçası olan sigorta sözleşmesini;

Yenileme: Sigortacının değerlendirmesi sonucu poliçe bitim tarihi itibarıyla düzenlenmesi onaylanan, takip eden döneme ait poliçeyi;

Poliçe Başlangıç ve Bitiş Tarihi: Sigorta sözleşmesinin ilk üretimlerinde veya takip eden yenilemelerinde yürürlükte kaldığı tarih aralığını;

Sigorta Başlangıç Tarihi: Aralıksız devam eden poliçesinde ilk kez poliçeye katıldığı veya transfer olarak geldi ise, önceki poliçesinin ilk başlangıç tarihini;

Poliçe Tanzim Tarihi: Sigortalı adayının beyanına istinaden poliçenin düzenlendiği tarihi;

Plan: Teminatlar, teminat limitleri ve teminatlar kapsamında sigortacının ödeme yüzdesi veya varsa sigortalının katılım payı hakkında poliçede veya poliçe ekinde yazılı bilgiyi;

Teminat: Sigortacının sözleşmede belirtilen rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortalıya sağlamayı taahhüt ettiği himayeyi;

Limit: Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık brüt tazminat tutarını, sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat ile sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payları ve muafiyet tutarlarının toplamını;

Hastalık: Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektiren rahatsızlık durumunu;

Rahatsızlık: Bir hastalık tanısı almamış olsa dahi, bir hekim ya da sağlık kurumuna başvurmayı gerektirecek düzeyde fiziksel veya psikolojik anomalilerdir

Mevcut Hastalık & Rahatsızlık: Poliçenin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan tanı alsın almasın her türlü hastalık veya rahatsızlığı;

Komplikasyon: Hastalığın seyri sırasında, tedavi aşamasında veya sonrasında hastalığın seyrini olumsuz etkileyen, hastalığı ağırlaştıran durumdur.

Kalıtsal Hastalık: Bulguları ilerleyen yaşta ortaya çıkmış olsa dahi, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan Uluslararası Tanı Kodları arasında yer alan konjenital malformasyonlar, deformasyonlar, kromozom anomalileri ile doğuştan gelen metabolizmal hastalıkları veya fiziksel bozuklukları;

Kronik Hastalık: Sürekli takip ve tedavi gerektiren tamamıyla tedavisi mümkün olmayan hastalıkları;

Mesleki Hastalık: Çalışanın iş yerinde bulunduğu süreçte, işe bağlı tekrarlanan kimyasal, fiziksel, biyolojik sebepler ile tozlardan meydana gelen geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleri.

İş Kazası: İşçinin işverene ait işyerinde veya işyeri dışında işin yürütülmesi için yapılan çalışmalar sırasında yaralanmasına, ölümüne veya ruhsal açıdan zarara uğramasına neden olan olayları;

Risk: Hastalık ve kazalar ile bunların ortaya çıkma ihtimalini arttıran fiziksel & ruhsal durumları, alışkanlıkları vb. koşulları;

Tazminat: Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, poliçe özel ve Genel Şartlar dahilinde, sigortacı tarafından onaylanan veya ödenen tutarı;

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 gibi kurumları;

Destek Hizmet Sağlayıcı: Sigorta şirketi ile aralarındaki hizmet sözleşme uyarınca sigortacı adına sigortalılara anlaşmalı kuruluşlardan sağlık hizmetleri temin eden danışman veya tedarikçi şirket veya şirketleri;

Anlaşmalı Sağlık Kurumları: Sigortalılara poliçe şartlarına uygun olarak sağlık hizmetleri sunmak maksadıyla Destek Hizmet Sağlayıcı ve SGK ile özel sözleşmesi bulunan sağlık kuruluşları ile bu kuruluşların SGK ve Destek Hizmet Sağlayıcısıyla anlaşmalı olan kadrolu doktorlarını;

Anlaşmasız Sağlık Kurumları: Destek hizmet sağlayıcı ile özel sözleşmesi bulunmayan ve anlaşmalı kurum listesinde adı yer almayan sağlık kuruluşları ile anlaşmalı sağlık kuruluşunun kadrosunda görev yaptığı halde destek hizmet sağlayıcının sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorları;

Tahakkuk: Sigortacının, tazminat talebi karşısında değerlendirmesini genel ve özel şartlara göre yaparak, ödeme yapılıp yapılmayacağına, yapılacak ise ödenecek tutara karar verme aşamasını;

Sağlık Tarife Primi: Sigortalıların ikamet ili ve ilçesi, yaşı, cinsiyeti, teminat içeriği, teminat limitleri, teminat ödeme yüzdeleri, genel giderler, medikal enflasyon oranı gibi kriterler dikkate alınarak herhangi bir sağlık riski bulunmayan sigortalı için aktüeryal prensipler doğrultusunda belirlenen baz primi;

Sigorta Primi: Sigortacının verdiği teminatlar karşılığında, seçilen plan ve networke göre ve sigortalının yaş ve cinsiyeti ile yaşadığı ile göre hesaplanan, varsa indirim ve ek primlerin eklenerek belirlenen ve sigorta ettirenin ödemeyi taahhüt ettiği ücreti;

Hastalık Ek Primi: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, sigortacının değerlendirmesi sonucunda, sağlık tarife primine belli bir oranda ilave prim uygulanarak poliçe kapsamına alınmasını;

Tazminat Ek Primi: Sigortalının poliçe dönemine ait tazminat/prim oranına bağlı olarak yenileme poliçesinde ilgili sigortalı için tarife primine uygulanan ilave primi;

Hasarsızlık İndirimi: Sigortalının poliçe dönemine ait tazminat/prim oranına bağlı olarak yenileme poliçesinde ilgili sigortalı için tarife primine uygulanan indirim oranını;

Muacceliyet: Prim veya tazminatın talep edilebilir hale gelmesi durumunu;

Rücu: Sigortacının halefiyet hakkı nedeniyle ödemiş olduğu tedavi masraflarının oluşmasında sorumluluğu olan üçüncü şahıslardan tedavi giderlerini talep etme hakkını;

İstirdat: Sigortacı, Sigortalı / Sigortalılar adına anlaşmalı kuruma veya direkt hesabına ödediği sağlık giderlerinin Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğunun sonradan anlaşılması üzerine her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/sigortalılardan geri talep edebilir.

İlave Ücretler: Sigortalının aldığı sağlık hizmeti için sağlık kurumları tarafından talep edilen kanuni katılım payı dışında ve SGK tarafından karşılanan tutarın üzerinde kalan sözleşme kapsamındaki fark tutarları;

Sigortalı Katılım Payı: Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği payı;

Ödeme Yüzdesi: Poliçede her bir teminat için belirtilen ve sigortacı tarafından üstlenildiği payı;

Muafiyet: Sigortacının sorumluluğu başlamadan uygulanabilen, her bir işlemde veya belirli limit aralıklarında uygulanabilen, tazminat ödemesine konu sağlık giderinin sigortalı tarafından üstlenilen kısmını;

İstisna: Poliçe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan hastalık veya rahatsızlıkların sigortacının değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasını;

SGK Katılım Payı: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun'u çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için Genel Sağlık Sigortası bulunan sigortalıların muayene işlemlerinde ödediği ve kanunen sigortacıdan talep edilemeyen tutarı ifade eder.

Kırmızı Alan: Öncelikli ve acil müdahale edilmesi gereken hastaları ifade eder. Kırmızı alan birimi, hayati tehlike taşıyan ağır yaralanma ya da ağır hastalık geçirme durumları ile ilgilenmektedir. Kırmızı alana dahil edilen hastalar en acil durumu gerektiren sınıfta yer almaktadır.

Bekleme Süresi: Poliçe süresi içerisinde, ilk kez sigortalanan sigortalılar için, ayakta tedavi, yatarak tedavi ve asistans hizmetlerinde farklı bekleme süreleri bulunmaktadır. Poliçe teminatlarına göre ödenen bir işlem olsa dahi ayakta tedavilerde 1 ay, yatarak tedavilerde 3 ay, asistans hizmetlerinde 45 gün sonrasında poliçe özel ve genel şartlarına göre değerlendirildikten sonra, poliçe öncesinde gerçekleşmemiş risk olması halinde değerlendirilerek sağlık harcamaları ödenebilecektir.

3. TEMİNATLAR

Tazminatlar, riskin gerçekleşmesi durumunda Sigortacı tarafından içerikleri aşağıda açıklanan teminatların ilgili olanları üzerinden karşılanır.

Quick Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Poliçesi, sigortalı veya sigorta ettiren seçimine göre iki ayrı plan ve Pembe, Yeşil, Lacivert olarak adlandırılan üç ayrı network tercihiyle sunulur.

Police dönemi içerisinde eklenen ya da çıkarılan veya bulunduğu network'ü değiştirilen sağlık kurumları olabilir. Bu değişiklik yapıldığı anda tüm poliçeler için yenilenme dönemi beklenmeksizin geçerli olacaktır. Bu nedenle randevu almadan önce web sitesinden sağlık kurumunun durumunu kontrol etmeniz veya randevu sırasında sormanız önerilmektedir.

Police planı sadece yatarak tedavi teminatları "Yatarak Tedavi Planı" olarak tercih edilebilir veya yatarak tedavi teminatlarıyla beraber ayakta tedavi teminatlarını da içerecek şekilde "Yatarak ve Ayakta Tedavi Planı" olarak seçilebilir. Sadece ayakta tedavi teminatlarını içerecek şekilde poliçe düzenlenemez.

Sigortacı, sigortalı veya sigorta ettiren tarafından tercih edilen planın poliçede açıkça belirtilmiş olan teminatlarına ait sağlık giderlerini, tercih edilen networke dahil kurumlarda gerçekleşmesi ve tedavisi talep edilen rahatsızlığın Police Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına uygun olması koşulu ile güvence altına alır.

Sigortalılar için geçerli olan teminatlar, teminat limiti ile ödeme oranları poliçenin teminat tablosu bölümünde gösterilir. "Teminatlar" bölümünde genel bir açıklama olarak yer almış olsa dahi, satın alınmayan teminatlar, poliçe kapsamında bulunmayacaktır.

3.1. Yatarak Tedavi Teminatları

Yatarak tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan ameliyatlara ve/veya ameliyatsız yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, yapay uzuv, tıbbi malzeme, acil kara ambulans giderleri ile küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Teminatın kullanılabilmesi için sigortalının tercih ettiği networkte yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması, ayrıca tedavisi talep edilen rahatsızlığın Police Özel Şartları ve Genel Şartlarına uygun olması gerekmektedir.

Hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler (Özellikli Tıbbi Malzeme) gerekliliğinin doktor raporu ile belgelenerek sigortalının onay vermesi koşulu ile poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi doğrultusunda yatarak tedavi teminatları kapsamında karşılanır.

Police döneminde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, koltuk değneği, alçı terliğinden ibaret tıbbi malzemeler ile yanık ve yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler, (Yardımcı Tıbbi Malzemeler) poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi doğrultusunda yatarak tedavi teminatları kapsamında değerlendirilmektedir.

Yatarak tedavi teminatlarında 3 ay bekleme süresi bulunmaktadır. Police öncesi gerçekleşen riskler ise, tanı alsın almasın poliçe öncesinde gerçekleşen tüm rahatsızlıklar tamamen kapsam dışında kalmaktadır.

Eğer muafiyetli bir poliçe ise poliçe üzerinde yer alan muafiyet tutarına kadar olan sağlık giderleri ödenmeyecektir. Ancak sigortalı, muafiyet tutarına denk gelen ve iş bu poliçe özel ve genel şartları ile kişinin varsa hastalık limitleri dahilinde ödenebilecek tutarlara ait fatura, rapor ve tetkik vb. sonuçları sigortacıya ibraz etmek zorundadır. Kabul edilebilir sağlık harcamaları, poliçede belirtilen muafiyet tutarından düşülerek muafiyet üzerinde kalan sağlık giderleri değerlendirilerek ödenir.

Bir poliçe yılı içerisinde normal oda yatış gün sayısı max. 180 gün, yoğun bakım gün sayısı ise 90 gün ile sınırlıdır.

3.1.1 Yapay Uzuv Teminatı

Sigortalının, poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavinin bir parçası olarak kaybolan uzva ait fonksiyonları yerine koyma amacıyla takılan protezler ile ilgili giderler, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde bu teminat kapsamında karşılanır.

SGK tarafından kapsama alınmış ve SUT ödeme kuralları ve tutarı ile hesaplanıp, ilave olarak istenen tutarları, işbu teminat ile teminat yüzdesi ve limiti dahilinde ödeme yapılır.

3.1.2 Evde Bakım ve Tedavi Teminatı

Sigortalının yatarak tedavisi sonrası evde tıbbi bakım ve tedavi gerekliliğinin tedaviyi üstlenen doktor raporuyla belgelenmiş ve Sigortacı tarafından onaylanmış olması şartıyla hastane çıkış tarihi itibarıyla sekiz haftaya kadar ve poliçede belirtilen teminat limiti ve teminat ödeme oranı ile karşılar.

3.1.3 Acil Kara Ambulansı Teminatı

Sadece yurtiçinde geçerli olan bu teminat sigortalının hayati tehlike gösteren acil durumu nedeni ile Sigortacı onayının alınmasını takiben en yakın tedavi merkezine anlaşmalı kara ambulansı ile naklini kapsar. Teminattan yararlanabilmek için 0850 755 1 755 no.lu telefonun aranması gerekmektedir.

3.2. Ayakta Tedavi Teminatları

Ayakta tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, sigortalının sağlık kurumlarında yatışını gerektirmeyen rahatsızlıklara ilişkin, doktor muayene, tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon teminatlarından oluşur.

Doktor muayene ile vaka takip numarası ilişkisi olmadan gerçekleşen tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili harcamalar kapsam dışındadır.

Bu teminatların kullanılabilmesi için sigortalının poliçesi için tercih ettiği networkte yer alan SGK ile anlaşmalı bir özel hastanede, sigorta şirketi ile anlaşması olan branşta ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması, ayrıca tedavi talep edilen rahatsızlığın Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartlar'ına uygun olması gerekmektedir.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın yıllık 30 (otuz) seans ve poliçede belirtilen yıllık limitle sınırlı olmak üzere ve ayrıca poliçe teminat tablosunda ayakta tedavi teminatı için belirtilen yıllık adet limitten düşülerek karşılanır.

Tüm ayakta tedavi teminatlarında **“bir ay bekleme süresi”** bulunmaktadır.

3.3. İlave Hizmetler

GSS'nin bir parçası veya tamamlayıcısı olmayan bu ilave faydalar Sigortacı'nın destek hizmet sağlayıcıları aracılığıyla sigortalılarına sunduğu asistans hizmetleri içerir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne (ÖBYG) konu olmayan bu hizmetler için Sigortacı'nın gerektiğinde hizmetlere son verme, içeriğinde veya hizmetin verileceği kurumlarda değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Hizmetlerde kullanılan anlaşmalı kurum veya kuruluş, hekim listeleri poliçe süresi içerisinde değişiklik gösterebilmektedir.

Aşağıda belirtilen ücretsiz ek hizmetlerden faydalanabilmek için poliçe başlangıç tarihi itibarıyla 45 (kırk beş) günlük (dahil) bekleme süresi uygulanmaktadır.

Bekleme süresini tamamlayan sigortalılar hafta içi 09.00 – 17.30 saatleri arasında 0850 755 1 755 no.lu telefonu arayarak randevu alabilir. Randevusuz kullanımlar poliçe kapsamına dahil değildir. Randevu alınıp kullanılmaması veya 24 (yirmi dört) saat öncesine kadar iptal edilmemesi durumunda hizmet kullanılmış sayılır.

3.3.1. Check Up Hizmeti

18 Yaş üzerinde her bir sigortalı için yılda bir defa ücretsiz olarak sunulan paket içeriği aşağıda belirtildiği gibidir;

- Öncelikli randevu ile özel sağlık kurumlarında organizasyon,
- Doktor değerlendirme,
- Akciğer grafisi tek yönlü,
- EKG,
- Tam kan sayımı,
- Tam idrar testi,
- Sedimentasyon,
- Açlık kan şekeri,
- Total kolesterol.

Check up için ayrı bir anlaşmalı kurumağı bulunmaktadır. Anlaşmalı da olsa bu network dışında kalan merkezlerde yapılan check-uplar kapsam dışındadır. Quick Sigorta, bu kurumları değiştirme, iptal etme hakkına sahiptir. Randevu alırken check-up için anlaşma olup olmadığı kontrol edilmelidir.

3.3.2. Online Uzman Doktor, Tıbbi Danışmanlık, Diyetisyen, Psikolojik Danışmanlık

Bu hizmetler ile sigortalılara sağlık konuları için online danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri sağlanmaktadır. Sigortalılar 0850 755 1 755 no.lu telefondan herhangi bir adet sınırı olmadan diyetisyen, psikolog görüşmeleri yapabilecek veya 7x24 doktor danışmanlık hizmeti alabilecektir. Ayrıca polide belirtilen adet limiti ile sınırlı olmak üzere, randevu alarak sesli veya görüntülü olarak Online Uzman Doktor hizmeti kapsamında konusunda uzman doktorlar ile iletişim kurabileceklerdir.

3.3.3. Diş Bakım Hizmeti

Her bir sigortalı için yılda bir defa ücretsiz olarak sunulan hizmet içeriğı aşağıda belirtildiğı gibidir;

- Diş hekim muayenesi,
- Detertraj (diş taşı temizliğı – alt ve üst çene),
- Diş röntgen filmi (periapikal – tek diş),
- Dolgu sökümü (tek diş),
- Yerel flour uygulaması (tam çene),
- Düşmüş kron ve köprü simantasyonu (her bir sabit üye için),
- Okluzal aşındırmalar (alt ve üst çene),
- Okluzyon düzeltilmesi (iki çene),
- Bite – Wing radyografi,
- Kontrol hekim muayenesi,
- Lokal anestezi (enjeksiyon – infiltratif),
- Lokal anestezi (rejyonel),
- Oral hijyen eğitimi,
- Teşhis ve tedavi planlaması,
- Uzman diş hekimi konsültasyonu,
- Uzman diş hekimi muayenesi,
- Vitalite kontrolü.

3.3.4. Göz Kontrol Hizmeti

Her bir sigortalı için aşağıdaki hizmetler SGK farkı alınarak yılda bir defa olarak karşılanacaktır.

- Göz muayenesi,
- Göz ölçümleri,
- Göz dibi muayenesi.

3.3.5. Evde Tıbbi Bakım Organizasyon Hizmeti

Sigortalının evde tıbbi bakım almak istemesi durumunda ihtiyaca uygun kullanım, organizasyon ve takibin sağlanması amacıyla verilen danışmanlık ve aracılık hizmetidir.

3.3.6. Doktor İkinci Görüş Hizmeti

Sigortalının teşhisi alınmış, tetkikleri yapılmış rahatsızlıkları için ikinci bir görüş almak istemesi durumunda konunun uzmanı doktorlarla görüşme yapılmasını sağlayan danışmanlık ve aracılık hizmetidir.

3.3.7. Mamografi, Meme USG Hizmeti ve PSA Hizmeti

Yılda bir defa özel hastanelerde, doktor uygunluğuna göre randevu verilerek 40 (kırk) yaş ve üstü kadın sigortalılar için Mamografi ile Meme USG; 40 (kırk) yaş ve üstü erkek sigortalılar için PSA ölçüm hizmeti sağlanacaktır.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalıklar veya rahatsızlıklar, müdahale ve komplikasyonların yatarak tedavi giderleri ile tüm fizik tedavi giderleri, endoskopik işlemler, hastanede kırmızı alanda tedavi edilmesini gerektiren durumlar hariç, ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 (üç) ay süre ile kapsam dışındadır.

- 1) Her türlü kronik hastalık, kalp ve damar hastalıkları (anjio, anjioplasti, hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım vb.) tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multiplskleroz, SLE, romatoid artrit, epilepsi, sarkoidoz vb.), her türlü kanser,
- 2) Kronik böbrek hastalıkları, diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, idrar yolu hastalıkları, mesane rahatsızlıkları, her türlü varis, (infertilite)kısırlığa yönelik olmayan varikosel, hidrosel, spermatosel ve kordon kisti,
- 3) Omurga ve intervertebral disk hastalıkları, her türlü omur disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz, eklem hastalıkları (menisküs, kondromalazi vb.), eklem ve bağ hastalıkları (bağ rüptürleri, bağ lezyonları, dirsek, ayak bileği, diz, kalça eklemi , bağ rahatsızlıkları vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemler, tünel sendromları, higroma, trigger finger, ganglion vb.,
- 4) Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı, göbek fıtığı vb.),
- 5) Rahim ve yumurtalık hastalıkları (myom, bartholin kisti, endometriosis, sistosel, rektosel, uterus prolapsusu, her türlü varis hastalığı (özofagus varisleri dahil), meme hastalıkları),
- 6) Organ yetmezlikleri, organ nakli ve komplikasyonları,
- 7) Göz hastalıkları (katarakt, glokom vb.),
- 8) Tiroid ve paratiroid hastalıkları, tonsilit, adenoit, sinüzit, orta kulak cerrahisi, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması,
- 9) Karaciğer hastalıkları, safra kesesi ve safra yolu hastalıkları,
- 10) Mide ve yemek borusu, pankreas, ince ve kalın barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn vb.), anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, pilonidal sinüs, perianal abse vb.),
- 11) Her türlü kitle (tümör, lipom, verrü, nevüs, polip, nodül vb.), kist (deri ve/veya deri altı, böbrek, vajinal vb.) hastalıkları.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartlarında düzenlenmiş teminat dışı hallere ek olarak aşağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve sağlık giderleri, sigorta kapsamı dışında tutulmuştur.

Ayrıca teknolojik ve bilimsel gelişmelerle işbu poliçe dönemine denk gelen ve tedavilerde kullanılan yöntemler, ilaçlar ve operasyonlar kapsam dışı hallerde yer alır. Yenileme döneminde değerlendirilerek ödenmesine veya istisnalarda kalmasına karar verilebilir. İstisnalarda kalır ise, yenileme garantisi olsun olmasın, tüm sigortalılar için istisna olacaktır.

- 1) Beyan edilmiş olsa dahi, belirtisi, bulgusu, teşhisi, tedavisi sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ve/veya hastalıklar ile bunlara bağlı olarak gelişen nüks ve komplikasyonlara ait sağlık harcamaları,
- 2) SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın işten ayrılma, sigorta priminin ödenmemesi ve bunun gibi sebeplerle aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri,
- 3) SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlarda yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri ve malzemeler,
- 4) Poliçede ilgili teminat için belirtilen kullanım adedini, teminat limitini, teminat katılım payını aşan tedavi giderleri, 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun ilgili maddesi gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları ile evlilik raporu, işe başlama raporu, spora başlama raporu gibi nedenlerle alınan uzman hekim raporu ve sağlık kurulu raporları için oluşacak sağlık giderleri,
- 5) SGK ve Quick Sigorta ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ve Quick Sigorta ile anlaşması olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ve Quick Sigorta ile anlaşmalı olmayan doktorlar tarafından verilen her türlü hizmetler ve/veya SGK ve Quick Sigorta ile anlaşmalı olup sigortalının ürün için tercih ettiği ve poliçede belirtilen networke dahil olmayan kurumlarda yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri,

- 6) Şehir içi ve dışı her türlü anlaşmasız ambulans ücretleri ile hava ambulans giderleri, ikinci refakatçi ücretleri, suit ve lüks oda farkları ile sağlık hizmetiyle doğrudan ilgisi olmayan telefon, televizyon, ulaşım, konaklama, tedavi için gerekli olmayan malzemeler, idari masraflar ile diğer özel harcamalar,
- 7) Her türlü diş tedavisi ve/veya diş hekimleri veya çene cerrahlarınca yapılan diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi, ağız çene ve yüz cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
- 8) Miyopi, hipermetropi... gibi gözde kırılma kusuru cerrahisi ile ilgili giderler, şaşılık, görme tembelliği, Keratokonus, Pitozis, göz kaymaları ve bunlarla ilgili her türlü tetkik ve tedavi giderleri, gözlük, gözlük camı, çerçeve, aparatlar, multifokal lens, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları vb. giderler,
- 9) Sigortalının, hastalığı sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parası,
- 10) SGK tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.), doğum kontrol yöntemlerine ait giderler, cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil protez, peyronie vb.), primer nedeni infertilite olan varikosel, 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, her türlü meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim (poliçe şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası uygulanan meme ucu rekonstrüksiyonu hariç), estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; PRP (Platelet Rich Plasma) uygulamaları, terleme teşhis ve tedavisi, jinekomasti; telenjektazi, cilt hemanjiyomlarına yönelik tedaviler, ksantelezm, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, sklerozan tedaviler vb.), 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 ve bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması, transferi ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
- 14) Organ, doku naklinde ve kan transfüzyon işlemlerinde; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
- 15) Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü ve ehliyetsiz araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler (sigara kullanımı sonucu oluşan her türlü tetkik tedavi dahil) kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri,
- 16) Her türlü psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene ve tedavi gideri, psikoterapi gerektiren durumlar, psikososyal bozukluklar, psikosomatik hastalık giderleri, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık, yoksunluk sendromu, demansiyel hastalıklar, geriatrik hastalıklar, yaşlılıktan ileri gelen bunama ile ilgili rahatsızlıklar, parkinson ve alzheimer hastalığına ait her türlü tanı teşhis ve tedavi giderleri,
- 17) Sigortalının sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları, kişinin kavgaya karışma veya akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar sonucu oluşan tedaviler ile ilgili giderler,
- 18) Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar, biyomedikal mühendislik-genetik ve biyoteknolojik bazlı yeni tedavi ve uygulamalara ait harcamalar,
- 19) Gebelik ve gebelik takibi ile ilgili yapılacak tüm masraflar, doğum ve yeni doğan bebek giderleri (kuvöz, prematürite vb.),
- 20) Sebebi ne olursa olsun her türlü bariatrik cerrahi yöntemleri (gastrik by-pass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb.),
- 21) Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve burna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka, nazal valv cerrahisi vb.), otoskleroz, omurga şekil

- bozuklukları ile ilgili giderler (kifoz, skolyoz vb.), halluks valgus, halluks rigidus, pes planus(düz tabanlık)
- 22) Tanısı ileri yaşta ve poliçe döneminde konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalıklar ve sakatlıklar, doğumsal anomaliler, genetik hastalıklar ve bozukluklar ile bunlara bağlı gelişen her türlü durumlar, genetik araştırmalar ve taramalar,
- 23) HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS vb.) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri, bulaşma yoluna bakılmaksızın her türlü zührevi hastalıklar, genital veya anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) molluscum contagiosum, sifiliz, gonore, trikomoniasis ile ilgili giderler,
- 24) Tehlikeli spor faaliyetleri sırasında meydana gelebilecek yaralanmalara ait giderler (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base & bangee jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing vb.), su altı sporları (mağara dalgıçlığı, kayak, otomobil sporları, dağ bisikleti vb.)), elektrikli bisiklet, scooter dağıtım amaçlı motor kurye kullanımı ve yarışmalarda kullanılan motosiklet kullanımında gerçekleştirilecek kazalara ilişkin giderler ile lisanslı veya profesyonel sporcu olarak yapılan müsabakaya veya antrenman sonucu meydana gelebilecek yaralanmalara ilişkin her türlü giderler,
- 25) Uyku bozukluğu, uyku apnesi ve horlama ile ilgili her türlü teşhis ve tedavi giderleri,
- 26) Ses ve konuşma terapileri,
- 27) Belli bir hastalık veya hastalık şüphesi olmadan yapılan check-up gibi kontrol amaçlı harcamalar, incelemeler, tetkikler, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), sanal anjiyo, sanal kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler ile koruyucu tıbbi hizmetler,
- 28) Evde bakım, huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezler, Akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma), PRF (Platelet Rich Fibrin), apiterapi, fitoterapi, sülük, kupa, hacamat, larva uygulama, müzikterapi, magnetoterapi, PERTH ((Pulsating Energy Resonance Therapi) gibi her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,
- 29) Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı veya ruhsatsız her türlü farmasötik ürünler (ilaç), hastanede yatış esnasında kullanılanlar dışında ayakta tedavi teminatları kapsamındaki her türlü ilaç masrafları, alerji aşılırları dahil aşı masrafları ile bunların uygulanmasına ilişkin her türlü giderler, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, tıbbi malzeme tanımı dışındaki yardımcı malzemeler, enjektör, iatriyat, hidrofil, pamuk, alkol ve kolonyalar, termofor, cilt sabunları, diş macunları vb. malzeme masrafları, işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb. giderler, yurtdışında gerçekleşen her türlü sağlık gideri ile yurtdışından getirilecek olan ilaçlara ait masraflar,
- 30) Diyetisyen ücretleri, diyetisyenle ilgili tüm giderler, diyetisyen talepli tetkikler, obezite, aşırı zayıflık ve bunların komplikasyonları ile ilgili muayene, tetkik ve tedaviler, diyet ve diyetisyen giderleri, vücut/kütle ölçüm testleri, vücut yağ oranı belirleme testleri, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar gibi giderler ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi ve komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 31) Anlaşma harici kurumda SGK kullanılarak gerçekleştirilen sağlık giderlerinde; Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetlerine ait giderler ile hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlar dışındaki SGK fark ücretleri,
- 32) Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer almayan işlemler ile ilgili, poliçede tercih edilmeyen teminatlarla ilgili, poliçedeki teminat açıklamalarında yer almayan sağlık giderleri,
- 33) Mesleki hastalıklar, iş kazaları veya tehlikeli görevlendirmeler sonucu oluşan tüm sağlık giderleri, işyerlerinde bulundurulanan ağır metaller, kimyasal maddeler, virüs ve benzeri biyolojik canlılar ile işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisiyle ortaya çıktığı rapor edilen tüm hastalık ve kazalara ait giderler.
- 34) Alerji deri testleri (Deri prick testi, deri yama testi vb.), gıda intolerans testleri ve her türlü immünoterapiler ile Saç dökülmesi (alopeci) teminat kapsamı dışındadır.
- 35) Deneysel aşamada olan tedavi yöntemleri, malzeme ve ilaçlar kapsam dışındadır. Bu konuda referans olarak (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA"), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) 'ndan birisi tarafından kabul görmüş olması gerekir. Sağlık hizmeti verme yetkisi olan sağlık kurumlarında yapılmış olsa bile Sağlık Bakanlığı'nın yapılan tedavi/işlemler için onayı olmaması ya da ilgili sağlık kurumlarında yapılmasına izin vermediği tedavi/işlemler kapsam dışındadır.
- 36) Morg ve cenaze masrafları
- 37) Uzaktan, online verilen sağlık hizmetleri

- 38) Motor, mental, büyüme ve gelişme bozuklukları/gerilikleri. Puberte bozuklukları (erken/geç puberte ... vs) tanı ve tedavileri ile 7 yaş altındaki çocukların kordon kisti, hidrosel, her türlü fitik işlemleri

Ayrıca genel şartlarda belirtilen istisna maddeleri, poliçe kapsamı dışında bırakılmıştır.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Teminatlar, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dahilinde ve sigortalının poliçesi için tercih ettiği networkte yer alan sağlık kuruluşlarında geçerlidir. KKTC dahil yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Sigortalının GSS kapsamında aldığı sağlık hizmetine ilişkin harcamalar, poliçede belirtilen networkte yer alan sağlık kurumlarında gerçekleşmesi koşulu ile poliçede yazılan teminatlar kapsamında ve bu teminatlara ait limit ve ödeme yüzdelerine göre karşılanır. İlave olarak:

- Sigortalının, poliçe süresi içinde başlayan, ancak poliçenin sona erme tarihinde halen devam eden bir yatarak tedavi görmesi durumunda; poliçe yenilenmiş ve ilgili hastalık veya rahatsızlık için herhangi bir hastalık istisnası bulunmuyorsa yenilenen poliçede değerlendirilir. Poliçe, Quick Sigorta veya başka bir şirketten yenilenmemiş veya yenilenen poliçede ilgili hastalık veya rahatsızlık için herhangi bir hastalık istisnası bulunuyorsa bununla ilgili tüm masraflar, poliçenin sona erme tarihi itibarıyla on gün olmak üzere poliçede belirtilen teminat limitini aşmamak kaydıyla devam eder.
- Sigortalının poliçeler için geçerli olan networklerde değişiklik (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme gibi) yapma hakkı saklıdır. Değişiklik yapıldığı an itibarıyla ilgili tüm sigortalılar için geçerli olur. Poliçe kapsamında geçerli olan Anlaşmalı Sağlık Kurum listelerinin güncel halleri bilgilendirme amaçlı olarak Quick Sigorta'nın Kurumsal web sitesi olan <https://www.quicksigorta.com> adresinde ilan edilmektedir.
- Sigortalının sağlık kurumlarında yatışını gerektirmeyen doktor muayenesi ve muayene ile ilişkili tahlil, röntgen, ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili sağlık giderlerinin karşılanabilmesi için ilave prim ile ayakta tedavi teminatlarının poliçeye dahil edilmesi gerekmektedir.
- Hastanede yapılan yatarak tedavi sonrası ayakta devam eden tedaviler Ayakta Tedavi Teminatları kapsamında değerlendirilir.
- Doktorların ilgili muayenenin tamamlayıcısı olarak yönlendirdikleri röntgen, tahlil, ileri tanı yöntemleri gibi teşhis yöntemlerine ait giderler doktor muayene teminatı içerisinde ve beraberinde bir adet olarak kabul edilir ve poliçede ayakta tedavi limiti olarak belirtilen adet limitinden düşülür.
- Fizik tedavi ile endoskopik işlemler, ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın poliçede ayakta tedavi teminatı için belirtilen limitten ilave bir adet olarak düşülür.
- Bir poliçe döneminde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri, yapay uzuv giderleri poliçede belirtilen limitler ile sınırlıdır.
- Acil Durum, kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 (yirmi dört) saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır. Aşağıda Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Hizmet Tarifesi referans alınarak listelenmiş durumlar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar acil tanımında değerlendirilmez. (Hastanın durumu stabil hale geldikten sonraki tedaviler acil durum kapsamında değildir.)

Akut Batın, Akut Hipertansif Atak, Akut Masif Kanamalar, Akut Myokard Enfarktüsü (Kalp Krizi) ve Ciddi Ritm Bozuklukları, Astım Krizi ve Akut Solunum Yetmezliği, Ciddi Allerji, Anafilaktik Şok, Donma, Elektrik Çarpması, Göz Yaralanmaları, Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi, Renal Kolik, Sıcak veya Güneş çarpması, Suda Boğulma, Şuur Kaybına Neden Olan Her Tür Hal, Trafik Kazası, Travma Sonucu Oluşan Kırık-Çıkık ve Yaralanma ve Uzuv Kopmaları, 3. Derece Yanık, Yüksek Ateş (39.5 ve üzeri), Olay Anında Yaşamsal Fonksiyonları Bozmuş Olan ya da İlerleyen Saatlerde Bozma İhtimali Yüksek Olan Maddelerin Ağızdan Alınması, Kimyasal Maddelerin Cilde Teması ya da Zehirli Gazların Solunması Sonucu Oluşan Zehirlenmeler,

Diyabetik-Üremik Koma, Ani Felçler, (Sigortacı'nın anlaşmalı olduğu SGK ile anlaşmalı kurum ve branşlarda oluşacak GSS kapsamında karşılanan acil durumlar, Triyaj Uygulaması'na paralel şekilde değerlendirilir.)

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Anlaşmalı sağlık kurumları üzerinden talep edilen ve sigortalı sağlık harcamalarının karşılanıp karşılanmayacağını gösteren ön değerlendirme sonucu "Provizyon" olarak adlandırılır. Sigortacının Poliçe Özel ve Genel Şartları ile teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde sigortalı lehine verdiği sağlık gideri ödeme taahhüdüne "Provizyon Onayı" ve bu şekilde karşılanan tazminat ödeme şekline "Doğrudan Ödeme" denir.

Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sigortalının tedavisi için tercih ettiği anlaşmalı sağlık kurumu SGK'dan ve Sigortacı'dan provizyon alır,
- Sigortalının doktoru, tanı ve tedavi bilgilerini içeren Özel Sağlık Sigortaları Hasta Bilgi Formu'nu doldurur,
- Provizyonun onaylanması durumunda sigortalı sadece GSS kapsamında kendisine ait katılım payını öder.

Sigortacı sigortalı adına doğrudan anlaşmalı kuruma ödeme yapar. Provizyona ilişkin fatura ve tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar gibi evraklar anlaşmalı kurum tarafından Sigortacı'ya gönderilir.

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşip sigortalıya tazminat ödemesi yapılmasıyla halefiyet hakkı Sigortacı'ya geçer. Mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçen sigortacı zarara neden olan kişi veya kuruluştan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkı kullanabilmesi için sigortalıların Sigortacı'nın talep ettiği her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür. Sigortacı, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBM), Türkiye Cumhuriyeti Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDEK), SAGMER ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna sigortalılara ait her türlü bilgiyi (tazminat, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, işbu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında bu bilgilerin resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiş sayılmaktadır.

Anlaşmalı kurum bulunmayan illerde veya hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlarda anlaşma harici kuruma, Genel Sağlık Sigortası, "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri dışında SGK kullanılarak gerçekleşen poliçe kapsamındaki yatarak tedavi gideri fark ücretleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları'na uygun olması şartı ile ilgili teminat limit ve ödeme oranı doğrultusunda ve 1 (bir) SUT ile sınırlı olarak sonradan ödeme kapsamında değerlendirilir.

Sağlık giderinin, provizyon alınmaksızın sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna ödenmesi daha sonra ilgili fatura ve belgelerin Sigortacı'ya iletilerek, Poliçe Özel ve Genel Şartlar dahilinde onaylanması durumunda belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesi **Sonradan Ödeme** olarak adlandırılır.

Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda; tedaviye ilişkin kişi adına düzenlenmiş dökümlü fatura aslının, tedaviyi üstlenen doktor raporunun, epikrizin ve Sigortacı'nın talep edeceği benzeri tüm bilgi ve belgelerin eksiksiz olarak iletilmesini takiben 10 (on) gün içinde sigortalı veya sigorta ettirenin yazılı olarak iletileceği banka hesabına havale yapılır.

Anlaşmasız kurum ödemeleri hakkında yukarıda anlatılanlar sadece "Acil durumlar" ve Yatarak Tedavi teminatı için geçerlidir.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ, KAZANILMIŞ HAKLAR ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortacı, özel şartta, sağlık tarife priminde, sigorta priminde, teminat içeriğinde, teminat limit ve ödeme yüzdesinde, teminat dışı kalan haller listesinde değişiklik yapabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur.

Sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık veya rahatsızlıklarını sadece sözleşmenin kurulması sırasında değil, aynı zamanda poliçe sigortalılık süresince Sigortacı'ya bildirmesi esastır. Sigortacı'ya herhangi bir bildirim yapılmaması durumunda poliçe Sigortacı tarafından iptal edilebilir veya yenileme koşullarını tekrar değerlendirilerek hastalık istisnası uygulamaya veya

hastalık ek primi uygulamaya veya hastalık üst limiti uygulamaya veya hastalık katılım payı uygulamaya karar verebilir.

Yenileme değerlendirmesinin yapıldığı tarih ile yeni sözleşmenin kurulduğu tarih arasında ortaya çıkan riskler için Sigortacı'nın yeniden değerlendirme yapma hakkı saklıdır.

Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu tespit edilmesi durumunda Sigortacı, söz konusu hastalık veya rahatsızlıklar için hastalık istisnası uygulamak gibi sigortalının yenileme koşullarını tekrar değerlendirme, ömür boyu yenileme garantisi koşullarını değiştirme ve/veya ömür boyu yenileme garantisini kaldırma ve/veya riske ilişkin yaptığı ödemeleri sigortalıya rücu etme veya poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar "Ürün, Plan ve Network Değişikliği İşlemleri" maddelerinde belirtilmiştir.

9.1. Poliçenin Yenilenmesi

Kazanılmış hakların devam edebilmesi, sigortalılığın kesintisiz devamı ile mümkündür. Sigortacı, yenileme dönemlerinde sigortalılar için risk değerlendirmesi yaparak poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkına sahiptir.

Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, poliçeler, en geç vade tarihinde düzenlenir ve sigortalı veya sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli ve Sigortacı bünyesinde kayıtlı ödeme aracı yenilemede geçerli olur.

Sigortalının tercih ettiği ürün, plan ve/veya network yenileme döneminde geçerli değilse, biten poliçe teminatlarına en uygun şirketin muadil bir ürünü ile poliçe yenilemesi yapılır. Bu durumda sigortalının mevcut ömür boyu yenileme garantisi haklı saklı tutulur.

Sona eren sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 1 (bir) ay içinde yeni sözleşme priminin tamamının veya poliçede belirlenen peşinatın ödenmesi gerekir. Ödemenin 30 (otuz) günü geçmesi durumunda ise sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve sonrasındaki başvurularında ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir.

Sigortacı'nın, sigortalı ömür boyu yenileme garantisi hakkını kazanana kadar her bir poliçe dönemi sonunda tazminat/prim oranlarına göre tazminat ek primi uygulama veya poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır.

Sigortacı, sigortalı ömür boyu yenileme garantisi hakkını kazanana kadar her bir poliçe dönemi sonunda aşağıdaki koşullarla medikal değerlendirme yapar.

- 1) Sigortacı, poliçeyi aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, poliçe başlangıç tarihinden öncesine ait ve/veya sigorta dönemi içinde ortaya çıkan hastalıklar için hastalık istisnası, hastalık katılım payı, hastalık harcamaları için hastalık üst limiti veya hastalık ek primi uygulayabilir veya yenilememe kararı verebilir.
- 2) Tüm değerlendirmeler sırasında, Sigortacı'nın, sigortalıdan daha önce 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na uygun bir şekilde bu hususta vermiş olduğu açık rıza kapsamında son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimi isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır.

9.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Ömür boyu yenileme garantisi, sigortalının ilgili ürün için sahip olduğu plan, network ve özel şart tarifesinin yenileme dönemlerindeki güncel halleriyle ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür.

İlk kez 55 (elli beş) yaşından (dahil) önce poliçe kapsamına giren sigortalılar 3 (üç) yıl boyunca aynı plan ve network ile devam etmeleri; son 3 (üç) yılın tazminat/prim oranının %70'in altında kalması kaydıyla, ilave prim alınmaksızın ömür boyu yenileme garantisi hakkı için değerlendirilirler.

Yine ilk kez 55 (elli beş) yaşından (dahil) önce poliçe kapsamına giren sigortalının ek prim ve e-nabız, bilgileri ile 1.yılın sonunda ömür boyu yenileme garantisi değerlendirmesi talep etmesi ve poliçe dönemi sonunda tazminat/prim oranının %100'ün altında kalması durumunda veya ilk kez 55 (elli beş) yaşından (dahil) önce poliçe kapsamına giren sigortalının ilave prim ödeyerek 2.yılın sonunda ömür boyu yenileme

garantisi değerlendirmesi talep etmesi, kesintisiz olarak 2 (iki) yıl boyunca aynı plan ve network ile devam etmesi ve son iki poliçe dönemi sonunda tazminat/prim oranının %100'ün altında kalması durumunda ömür boyu yenileme garantisi hakkı için değerlendirilir.

İlk kez 56 (elli altı) yaş (dahil) ve sonrasında poliçe kapsamına giren sigortalılar için her poliçe yenileme döneminde ömür boyu yenileme garantisi verilmeksizin risk değerlendirmesi yapılır.

Sigortalı tercihi göre 1.yılın veya 2.yılın veya 3. yılın sonunda yapılan değerlendirmelerde ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar, sonraki poliçe yenileme dönemlerinde, sigortalının önceki tercihleri doğrultusunda son yılın veya son 2 (iki) yılın veya son 3 (üç) yılın tazminat/prim oranlarına bakılması suretiyle tekrar değerlendirmeye tabi tutulur.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukların, dahil oldukları zeyil poliçe dönemi tam poliçe yılı olarak kabul edilmez. Zeyille dahil olan sigortalının yenileme poliçede devamı onaylanmış ise kesintisiz dönemin başlangıcı, takip eden ilk yenileme poliçesinden başlar.

Her bir sigortalı için ayrı ayrı yapılan ömür boyu yenileme garantisi ile yenileme değerlendirmeleri sırasında Sigortacı sigortalılardan tetkik sonucu, medikal rapor, e-nabız kayıtları vb. belge ve bilgi talep edebilir.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

- 1) Bu hakkı kazanma tarihinden önce var olan veya oluşan riskler için hastalık istisnası, hastalık ek primi gibi uygulamalar ile şartlı olarak veya şartsız olarak ömür boyu yenileme garantisi hakkı verebilir veya yenilememe kararı verebilir.
- 2) Ömür boyu yenileme garantisi vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir.

Sigortalının Quick Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nda ömür boyu yenileme garantisi hakkı kazanmasından sonra Sigortacı;

- 1) Sigortalı veya sigorta ettirenin farklı bir ürün, plan veya networke geçme talebi veya meriyet talebi bulunmadığı sürece yeniden yenileme değerlendirmesi yapmaz,
- 2) Tazminat ek primi uygulanmaz.

10. PRIM TESPİTİ

10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Sigortacı primleri; kişi bazında, yaş, cinsiyet, kayıtlı adresi, sigorta süresi, geçmiş dönem sağlık gideri kullanım oranı (sağlık gideri/prim oranı), teminat yapısı, teminat limiti ve sağlık giderlerinin kullanılacağı il, Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yapılan artışlar, ülkedeki sağlık enflasyonu, ürünün giderlerini oluşturan kalemlerdeki (komisyon, asistans & destek hizmetler) ücretlerindeki artışlar, genel giderler, ürün performansı... gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler, gerekli görüldüğü dönemlerde Sigortacı tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Sağlık tarife baz prim artışı, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin azami üç katıyla sınırlıdır.

Prim ödeme vadeleri ile tutarları poliçe üzerinde belirtilir ve sigorta ettiren veya sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini peşin ya da taksitli olarak kredi kartı ile yapar.

İlk defa sigortalanacak veya diğer sigorta şirketlerinden geçiş olarak alınacak kişilerin prim tespitinde aynı sağlık tarife primi kullanılır.

10.2. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Yenileme poliçe primi, poliçenin kesintisiz olarak devam ederek yenilenmesi ve yenilemede geçerli tarife primine aşağıda açıklanan indirim veya ilavelerin yapılması suretiyle belirlenir. Sigortacının yenileme dönemleri itibarıyla, indirim veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

10.2.1. Aile İndirimi

Poliçede iki ve üzerinde aile üyesi bulunması halinde, %5 indirim uygulanır. Poliçedeki çocukların evlenmeleri veya eşlerin boşanmaları durumunda ilgili sigortalıların en geç yenilemede poliçeden ayrılarak ayrı bir poliçe ile devam etmesi gerekmektedir. Evlilik ve boşanma durumunda bildirim yükümlülüğü sigortalı veya sigorta ettirene aittir.

10.2.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi Ek Primi

Ömür boyu yenileme garantisi değerlendirmesinin 3.yılın sonunda yapılması yerine sigortalı tercihiyle ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ile "Geçiş İşlemleri" ve "Kazanılmış Haklar" maddelerinde belirtilen koşullarla ilk poliçede veya 1.yılın sonunda veya 2.yılın sonunda değerlendirilmesi için uygulanan ek prim oranlarını ifade eder.

10.2.3. Hastalık Ek Primi

Sigorta sözleşmesinden önce var olduğu beyan edilen veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan hastalık veya rahatsızlıklara teminat verebilmek amacı ile Sigortacı tarafından talep edilen ek prim tutarını ifade eder. Sigortalı primine her bir hastalık için en fazla %200 oranında ek prim ilave edilebilir.

10.2.4. Hasarsızlık İndirimi ve Tazminat Ek Primi

Poliçe dönemi sonunda poliçe kapsamındaki sigortalılara o yıl içinde ödenmiş tazminatların toplam tutarı ile alınan net poliçe prim tutarı arasındaki orana, tazminat/prim (T/P) oranı denir. Sigortacı'nın T/P oranına bağlı olarak kesintisiz yenilenen poliçede sigortalı primine uyguladığı ek prim "Tazminat Ek Primi", indirim ise "Hasarsızlık İndirimi" olarak adlandırılmaktadır.

Hasarsızlık indirimi ile tazminat ek prim uygulamasında kullanılan T/P aralıkları ile bu aralıkta uygulanan indirim ve ek prim oranları aşağıda belirtildiği gibidir;

İndirime Baz T/P Aralıkları	%0	%1 - %25	%26 - %60	%61 - %100
İndirim Oranı	%15	%10	%5	%0

Sürprime Baz T/P Aralıkları	%101 - %200	%201-%300	%301 ve üstü
Sürprim Oranı	%70	%120	%200

tazminat/prim oranı hesaplanırken 0,5 ve üstündeki değerler bir üst sayıya tamamlanır. Örneğin; 30,5 – 30,9 arası bir değer 31 olarak kabul edilir. Poliçe yenileme aşamasında bir önceki poliçeye ait tazminat oluşur ve bu durum poliçenin T/P oranının değişmesine neden olursa, Sigortacı oluşacak fark primi, zeyilname ile veya tazminat tutarından düşerek veya yenileme poliçesine ilave ederek talep edebilir veya sözleşmeyi feshedebilir.

11.YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ**11.1. Yeni Girişler**

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. İlk başvuru tarihinde, 15 (on beş) günlük (16. (on altıncı) gün itibarıyla) -59 (elli dokuz) (dahil) yaş aralığındaki sağlıklı bireyler sigortalanabilirler. 15 (on beş) günlük -17 (on yedi) yaş (dahil) arası çocuklar beraberinde en az bir ebeveynin sigortalanması şartı ile sigortalanabilirler. Aynı poliçe kapsamında aile olarak sadece anne, baba ve/veya 24 yaşını aşmamış bekar çocuklar yer alabilir.

Sigortalılar birden fazla Quick Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi kapsamında yer alamaz.

Sigortalının Quick Sigortada kesintisiz devam eden mevcut Tamamlayıcı Sağlık Sigorta sürecine ait ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan rahatsızlık veya hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri kapsam dışındadır. Sigortacı, sigortalılık süresi içinde tespit edilen fakat poliçe başlangıç tarihinden öncesine ait rahatsızlık veya hastalıklar için istisna veya ek prim uygulanabilir veya poliçeyi iptal edilebilir.

Sigortalanma öncesinde aşağıda belirtilen hastalık gruplarından herhangi birini geçirmiş kişiler bu ürün kapsamında sigortalanamaz.

Her türlü kanser, kötü huylu (seyirli) tümör veya kitleler, organ yetmezliği, eksikliği, anomalisi veya organ nakilleri, kalp ve/veya damar hastalıkları, beyin ve beyin damar hastalıkları, kan hastalıkları romatizmal ve kollajen doku hastalıkları, metabolik ve endokrin hastalıklar, kas, iskelet, sinir sistemi hastalıkları demiyelinizan hastalıklar, sindirim sistemi, mide, yemek borusu, duodenum, bağırsak hastalıkları, kronik akciğer, kronik karaciğer ve kronik böbrek hastalıkları, bağışıklık sistemi bozuklukları, omurga rahatsızlıkları, çoklu travmalar, ciddi yanıklar, tam görme ve işitme kaybı durumu, boy kilo endeksinin ($VKI = \text{Kilo} / ((\text{boy}) \times (\text{boy}))$) 40 ve üstünde veya 15 ve altında olması durumu.

11.2. Başvurular

Sigortacı, sigorta ettiren veya sigortalı adayının dijital olarak veya başvuru formu ile vermiş olduğu veya onayladığı beyanları esas alarak inceleme yapar. Başvurunun değerlendirilmesi sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Değerlendirme neticesinde, Sigortacı'nın başvuru şartlı kabul etme, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma, tetkik isteme, ilave bilgi veya belge isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigortalı, poliçe satın almak üzere başvuruda bulunurken poliçe süresi boyunca kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu hakkında bilgi edinilmesi, ilgili bilgi ve belgelerin sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatlarca yetkilendirilen merciler ile paylaşılması kapsamında Sigortacı'ya 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanuna uygun bir şekilde açık rızasını sunar. Aksi takdirde Sigortacı tarafından sigortalıya ait sağlık verisi işlenemeyeceği için poliçe kapsamındaki hizmetleri de sigortalıya sunamayacaktır. Başvuru aşamasında sigortalıdan talep edilen bilgi, belge ve onayların 30 (otuz) gün içinde tamamlanmaması durumunda Sigortacı başvuru iptal eder.

11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Sigortacı diğer aile bireylerinin mevcut poliçeye ara dönemde giriş taleplerini "Başvurular" maddesinde açıklanan yeni sigortalı başvurusu çerçevesinde değerlendirecek olup bu değerlendirmede yürürlükte olan güncel son özel şart, teminat tablosu ve prim tarifi geçerli olacaktır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra sadece yeni doğan bebek, evlat edinme ve evlilik nedeniyle ara giriş yapılabilir. Onun dışındaki ara girişler kabul edilmeyecek, poliçe yenileme döneminde değerlendirilecektir. Onaylanan ara dönem girişler için, poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortalının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Devam eden poliçeye zeyil ile dahil olan sigortalı nedeniyle aile indirimi uygulanmaz ve zeyil ile dahil olan birey de tüm sigortalılarla birlikte poliçe bitiminde yenileme değerlendirmesine tabi tutulur. Zeyil poliçe dönemi (kısa dönem) hasarsızlık indirimine konu olmaz. Ömür boyu yenileme garantisi değerlendirmesinde bu kısa dönem dikkate alınmaz ve zeyil poliçenin bitimi sonrasındaki ilk yenileme dönemi itibarıyla değerlendirmeye dahil edilir. İlave prim ile zeyil poliçede veya 1. yıl veya 2. yıl sonunda ömür boyu yenileme garantisi değerlendirmesi talep edilmiş olması durumunda ise söz konusu ömür boyu yenileme garantisi ek primi zeyil ile beraber ilk yenilemeye de uygulanır.

11.4. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu Özel Şartlar'da yazılı kazanılmış haklar için Sigortalının taahhütleri son bulur.

Police priminin vade tarihlerinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde ödenmemesi halinde police iptal edilir. Police iptali sonrası 30 (otuz) gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme neticesinde Sigortacı'nın policeyi 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.

11.5. Ürün, Plan ve Network Değişikliği İşlemleri

Sigortalının yenilemelerde ürün, plan ve network değişiklik talepleri başlangıç tarihi itibarıyla 15 (on beş) gün içinde başvurulması ve Sigortacı'nın onaylaması şartıyla yapılır. Sigortacı, policedeki değişiklik taleplerini, güncel sağlık beyanı olarak değerlendirir. Sigortacı, yapılan risk değerlendirmesine göre değişiklik talebini kabul etmeyebileceği gibi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi hastalık istisnası, hastalık ek primi gibi uygulamalarla şartlı olarak veya herhangi bir uygulama yapmadan şartsız olarak kabul edebilir.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ ve KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortalı adayının diğer sigorta şirketinde ömür boyu yenileme garantisi olsun veya olmasın işbu Özel Şartlar "YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ" maddesinde açıklandığı gibi risk değerlendirmesi yapılır. Sigortacı, değerlendirme sonucuna göre sigortalı adayını police kapsamına alıp almama veya hastalık istisnası uygulamaya ve/veya hastalık ek primi uygulamaya ve/veya hastalık üst limiti uygulamaya ve/veya hastalık katılım payı uygulamaya karar verebilir.

Diğer sigorta şirketi sigortalısının Quick Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nda devam etme talebi olması durumunda öncelikle aşağıdaki koşullar aranır:

- Sigortalının 16 (on altı) günlük (dahil) – 59 (elli dokuz) yaş (dahil) yaş aralığında olması,
- En az 1 (bir) tam yıl kesintisiz sigortalılık sürecinin bulunması,
- Önceki, son sağlık policesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 (otuz) gün içinde başvurulması.

Quick Tamamlayıcı Sağlık Policesine geçiş olarak kabul edilen diğer sigorta şirketi sigortalıları için;

- İşbu Özel Şartlar "Bekleme Süreleri" maddesinde açıklanan 3 (üç) aylık bekleme süresi kaldırılır;
- Sigortalının diğer sigorta şirketinde ömür boyu yenileme garantisi varsa doğrudan aktarılır;
- Diğer sigorta şirketinde ömür boyu yenileme garantisi hakkı kazanamamış, en az 1 (bir) tam yıl kesintisiz sigortalılığı olan sigortalı adaylarına ömür boyu yenileme garantisi talebi aşağıda açıklanan koşullar verilir;
 - 55 (elli beş) yaşa (dahil) kadar sigortalı ilave primler ile, tercihe göre ilk Quick Tamamlayıcı Sağlık Policesine doğrudan veya 1.yılın sonunda veya 2.yılın sonunda, aynı plan ve networkte kesintisiz devam edilmesi, seçilen süreye bağlı olarak mevcut policesinin veya son 2 (iki) yılın tazminat/prim oranı %100 altında kalması ve yenileme değerlendirmelerinin olumlu sonuçlanması durumunda,
 - 56 (elli altı) yaş (dahil) ve sonrasında police kapsamına giren sigortalılar için ise her police yenileme döneminde ömür boyu yenileme garantisi verilmeksizin risk değerlendirmesi yapılır.

Transfer sigortalıların geçişlerinde diğer sigorta şirketlerindeki hasarsızlık indirimi ve tazminat ek primleri aktarılmaz, diğer sigorta şirketlerindeki T/P oranlarına göre herhangi bir ilave uygulama yapılmaz, diğer sigorta şirketlerinde tamamlanmış yıllar Quick Sigortada tamamlanmış sayılmaz.

Önceki şirketin özel şartları ve asistans hizmetleri ... gibi özel hizmetleri "Kazanılmış Hak" anlamına gelmez. Geçiş ile Quick Sigorta'nın yürürlükte bulunan özel şartları ve ek hizmetleri geçerli olacaktır.

Yeni iş olarak başlamış sigortalıların police süresi içerisinde eski sigorta şirketi bilgisi vererek, sonradan transfer sigortalı olarak değerlendirme talepleri kabul edilmez.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1. Sözleşme İptalleri ve Policeden Çıkış İşlemleri

Herhangi bir nedenle poliçenin iptal olması, sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu Poliçe Özel Şartlarında yazılı kazanılmış haklar için şirketin taahhütleri son bulur.

Sigorta ettiren, sigorta primini peşin veya taksitle ödenmesi kararlaştırdıktan sonra peşinatın poliçenin teslim edildiği günün bitimine kadar, poliçe ödeme planındaki prim taksitlerinin de vade günü bitimine kadar ödememesi durumunda temerrüde düşer.

Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Türk Ticaret Kanun'unun hükümleri uygulanır.

Sigorta ettirenin veya sigortalının talebi sonucunda iptal durumunda:

- Poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde riziko gerçekleşmemiş ise ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir.
- İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde;
- Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

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

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

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

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

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin veya sigortalıların birbirlerinin teminatlarından yararlandırılması, sağlık gideri belgelerinin gerçeğe aykırı şekilde düzenlenmesi gibi sigortalının kötü niyetli kullanımlarının tespit edilmesi veya üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet verilmesi durumunda Sigortacı, "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde işlem yapma, tazminat ödemelerini geri alma, prim iadesiz olarak poliçeyi feshetme hakkına sahiptir.

13.2. Vefat Durumu

Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan 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 poliçe devam ettirilir. Kanuni varislerin onayının alınmadığı durumlarda "Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri" maddesi doğrultusunda işlem yapılır 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 "Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri" maddesi doğrultusunda işlem yapılır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır. Birden fazla kişinin sigortalı olduğu poliçelerde, sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden çıkışı, vefat tarihi itibarıyla aynı şekilde yapılır.

14. EKLER

14.1. 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 kanundan yararlanabilmek için:

- Bordro ile ücret alıyor iseniz, çalıştığınız işyerinde muhasebe servisine sağlık ve ferdi kaza sigortası makbuzunu vermeniz,
- Serbest çalışıyor iseniz, sağlık ve ferdi kaza sigortası makbuzundaki prim tutarını gelir vergisi beyannamesinde belirtmeniz 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.)

14.2. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, poliçe dönemi sonunda poliçenin yenilenip yenilenmeyeceği, yenilenecek poliçenin yenileme koşulları hakkında acenteye, sigortalıya veya sigorta ettirene kayıtlarındaki güncel iletişim bilgisi ile elektronik bilgilendirme yapar.

Sigortalı ve sigorta ettiren iletişim bilgilerinin değişmesi durumunda güncel bilgiyi derhal Sigortacı'ya bildirmelidir. Aksi durumda Sigortacı'nın bünyesinde bulunan iletişim bilgilerine yapacağı bildirimler ile bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

14.3. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Quick Sigorta, 8. Maddede de anlatıldığı gibi, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.