



TRAFİK KAZASI TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU ve KAPSAMI

Quick Sigorta A.Ş. (Sigortacı), Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile sigorta süresince Türkiye sınırları içerisindeki karayolu üzerinde meydana gelen trafik kazaları sonucu gerçekleşen yatarak tedavi giderlerini, 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, 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. Sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre karşılanan sağlık giderleri üzerinde kalan fark tutarlar karşılanır. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalının müstahaklığı yeniden başlayana kadar poliçe teminatlarından faydalanamaz.

Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin ödenmesi ve poliçenin düzenlenmesi sonrasında başlar. Poliçe primi kredi kartı ile peşin tahsil edilir.

Sigortacı, Özel Şartlarda 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. Poliçenin düzenlenmesi ile sigortalı sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı için Sigortacıya izin vermiş olur. 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 Kanunun 60. maddesinde sayılan Genel Sağlık Sigortalısı kişileri kapsayan sağlık sigorta sistemini;

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilerin, SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden yararlanma usul ve esasları ile bu giderlerin Sosyal Güvenlik Kurumu'nca 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 çekirdek ailesi ile beraber yer alabileceği sağlık sigortası ürünü;

Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar): Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında uygulaması zorunlu olan yazılı kuralları;

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

Sigortacı: Prim karşılığı tazminat ödemeyi taahhüt eden Türkiye'de kurulu sigorta şirketini;

Sigortalı: Teminat kapsamındaki rizikonun şahsında gerçekleşmesi gereken kişiyi;

Sigorta Ettiren: Sigortacıyla sigorta sözleşmesi akdeden, sigorta primi borçlusu kişiyi;

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

Zeyilname: Değişen bilgileri Policeye kaydetmek üzere ek olarak düzenlenen sigorta sözleşmesini;

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

Police Başlangıç ve Bitiş Tarihi: Sigorta Sözleşmesi'nin ilk üretiminde veya takip eden yenilemelerinde yürürlükte kaldığı tarih aralığını;

Police Tanzim Tarihi: Sigortalı adayının beyanına istinaden polisenin düzenlendiği tarihi;

Plan: Teminatlar, teminat limitleri ve teminatlar kapsamında Sigortacının ödeme yüzdesi veya sigortalının katılım payı hakkında policede veya police ekinde yazılı bilgiyi;

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

Limit: Policede 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;

Risk: Kazaların ortaya çıkma ihtimalini arttıran fiziksel durumları, alışkanlıkları vb. koşulları;

Tazminat: Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık policesi, police Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan veya ödenen tutarını;

Sağlık Kurumu: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya tedavi hizmetleri 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 police 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 sağlık kuruluşları ile anlaşmalı sağlık kuruluşunun kadrosunda görev yaptığı halde Destek Hizmet Sağlayıcısının sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorları;

Tahakkuk: Sigortacının provizyon onayı vermesi durumunda sigortalı için ödenecek tutara karar verme aşamasını;

Sağlık Tarife Primi: Sigortalı ikamet ili, yaşı, cinsiyeti, teminat içeriği, teminat limitleri, teminat ödeme yüzdeleri, genel giderler, medikal enflasyon oranı gibi kriterler dikkate alınarak sigortalı için aktüeryal prensipler doğrultusunda belirlenen baz primi;

Sigorta Primi: Sigortacının verdiği teminatlar karşılığında sigorta ettirenin ödemeyi taahhüt ettiği ücreti;

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;

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: Policede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın sigortalı 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;

SGK Katılım Payı: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için Genel Sağlık Sigortası bulunan sigortalıların ödediği ve kanunen Sigortacıdan talep edilemeyen tutarı ifade eder.

3. TEMİNATLAR

Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Poliçesi **Yatarak Tedavi Planı** olarak sunulur ve sadece Yatarak Tedavi teminatlarını içerir, Ayakta Tedavi teminatlarını içermez. Sigortacı, poliçede açıkça belirtilmiş olan teminatlara ait sağlık giderlerini, Quick Sigorta ve SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumlarında gerçekleşmesi ve tedavisi talep edilen rahatsızlığın poliçe 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.

3.1 Yatarak Tedavi Teminatları

Yatarak Tedavi Teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen **trafik kazaları sonucu** gerekli olan ameliyatlarda ve/veya ameliyatsız yatışlar, yoğun bakım, yapay uzuv, diyaliz, 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 Quick Sigorta ve SGK ile anlaşmalı bir sağlık kurumunda, sigorta şirketinin anlaşması olan branşlarda ve SGK ile anlaşmalı bir doktora tedavi olması gerekmektedir.

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

Poliçe döneminde meydana gelen trafik kazası 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, 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.

3.1.1 Yapay Uzuv Teminatı

Sigortalının, poliçe süresi içerisinde meydana gelen trafik kazası 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.

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** numaranın aranması gerekmektedir.

3.2 İlave Hizmetler

GSS'nin bir parçası veya tamamlayıcısı olmayan bu ilave faydalar Sigortacının Destek Hizmet Sağlayıcıları aracılığıyla sigortalılarına sunduğu asistans hizmetleri içerir. Sigortacının gerektiğinde hizmetlere son verme, içeriğinde değişiklikler 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 bekleme süresi uygulanmaktadır.

Bekleme süresini tamamlayan sigortalılarımız hafta içi 09.00 – 17.30 saatleri arasında **0850 755 1 755** numarayı 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.

3.2.1 Tıbbi Danışmanlık, Diyetisyen, Psikolojik Danışmanlık

Bu hizmetler ile sigortalılarımıza sağlık konuları için online danışmanlık hizmetleri sağlanmaktadır. Sigortalılarımız **0850 755 1 755** no.lu telefondan herhangi bir adet sınırı olmadan diyetisyen, psikolog görüşmeleri yapabilecek veya 7x24 doktor danışmanlık hizmeti alabilecektir.

3.2.2 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.

3.2.3 Yol Yardım Çekici Hizmeti

Bu hizmet ile sigortalılar kaza ve arıza halinde sigortalı aracın çekilmesi ya da vinçle kurtarılması hizmetlerini, yılda birer kez ve maksimum 3 bin TL ile sınırlı olmak kaydıyla teminat kapsamına alınırlar. Asistans hizmetinden yararlanma hakkı poliçe başlangıç tarihinden 7 gün sonra başlar.

Poliçe kapsamından 15 yaşını doldurmamış araçlar faydalanabilir. Sigortalılarımız 0850 755 1 755 numarasını arayarak bu hizmetten faydalanabilir.

Sigortalı Araç:

Binek Araçlar için;

1. Toplu mal ve insan taşımacılığında kullanılmamış, şoför ile veya şoför olmaksızın kiralananmış araçları ifade eder.
2. Ağırlığı 3500 kg.'ı aşmamış olması kaydıyla, Poliçe tanzimde plakası Tur Assist'e bildirilen araçları ifade eder.

Hafif Ticari Araçlar için;

1. 3500 kg'ı aşmayan ve 5 koltuklu hususi kullanım olarak poliçede belirtilen, poliçe tanzimde plakası Tur Assist'e bildirilen kamyonet anlamındadır.
2. Sigortalı araca ait eklentiler (römork, treyler, dorse), İnşaata yönelik endüstriyel araçlar, askeri araçlar, ambulanslar, minibüsler, taksiler, kiralık araçlar, okul araçları, sürücü kurslarına ait araçlar ve toplu halk taşımacılığında kullanılan araçlar kapsam dışıdır.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında İlave Hizmetlerin kullanımı dışında bekleme süresi uygulaması bulunmamaktadır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

- 1) Sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan trafik kazalarına ait sağlık harcamaları ile bunlara bağlı olarak gelişen nüks ve komplikasyonlara ait sağlık harcamaları,
- 2) Trafik kazaları sonucu veya ilintili oluşan sağlık giderleri dışındaki tüm sağlık giderleri,
- 3) Trafik kazasıyla ilintili olsa dahi ayakta tedavi ile ilgili giderler,
- 4) Trafik kazasına ait adli rapor, kaza tespit tutanağı, alkol raporunun bulunmadığı sağlık harcama talepleri,
- 5) Poliçede bulunmayan teminatlarla ilgili veya poliçedeki teminat açıklamalarında yer almayan sağlık giderleri,
- 6) SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın işten ayrılma, sigorta priminin ödenmemesi ve bunun gibi sebeplerle aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri,
- 7) SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan, anlaşmalı kurumlara yapılan protokol kapsamında kullanılan malzemeler dışında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri ve malzemeler,

- 8) 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,
- 9) 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 hizmetlere ilişkin sağlık giderleri,
- 10) 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,
- 11) Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer almayan işlemler ile ilgili sağlık giderleri,
- 12) Sigortalının, rahatsızlığı sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, sigortalının, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parası,
- 13) Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu, eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması sonucu oluşan trafik kazalarına ait her türlü sağlık giderleri,
- 14) Sigortalının Karayolları Trafik Kanununa göre geçerli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek trafik kazaları sonucu oluşan tedaviler ile ilgili giderler,
- 15) Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, holter cihazı, nebulizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar, biyomedikal mühendislik-genetik ve biyoteknolojik bazlı yeni tedavi ve uygulamalara ait harcamalar,
- 16) Trafik kazasına bağlı olmadan yapılan buruna yönelik cerrahi girişimler, omurga şekil bozukluklarına ait giderler,
- 17) Fizik tedavi giderleri,
- 18) Tehlikeli spor faaliyetleri sırasında (Sürat yarışlarına iştirak ve yarış güzergahında yapılan antremanlar sırasında vb.) meydana gelebilecek trafik kazası yaralanmalarına ait giderler (otomobil sporları, dağ bisikleti vb.), elektrikli bisiklet ile dağıtım amaçlı motorlu kurye kullanımları sırasında gerçekleşebilecek kazalara ilişkin giderler,
- 19) Anlaşma harici kurumda SGK kullanılarak gerçekleştirilen sağlık giderlerinde; Genel Sağlık Sigortası'nda ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri maddesinde belirtilen sağlık hizmetlerine ait giderler ile hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil durumlar dışındaki SGK fark ücretleri,

6. COĞRAFİ KAPSAM

Teminatlar, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dahilinde geçerlidir. KKTC dahil yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Sigortalının GSS kapsamında trafik kazası sonucu aldığı sağlık hizmetine ilişkin harcamalar, Quick Sigorta ve SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumlarında gerçekleşmesi kaydıyla poliçede yazılı 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 ise yenilenen poliçede değerlendirilir, poliçe yenilenmemiş ise 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 anlaşmalı sağlık kurumlarında 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 kurumlarının güncel hali bilgilendirme amaçlı olarak Quick Sigorta'nın kurumsal web sitesi olan <https://www.quicksigorta.com> adresinde ilan edilmektedir.
- Bir poliçe döneminde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri ve yapay uzuv giderleri poliçede belirtilen limit ile sınırlıdır.
- Acil Durum, kapsam dışı olmayan trafik kazası sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 (yirmi dört) saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumdur. (Hastanın durumu stabil hale geldikten sonraki tedaviler acil durum kapsamında değildir.)

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Anlaşmalı sağlık kurumları üzerinden talep edilen ve sigortalı sağlık harcamalarını 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 tedavisinin gerçekleştirildiği anlaşmalı sağlık kurumu Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve Sigortacıdan provizyon alır,
- Sigortalının doktoru, tanı ve tedavi bilgilerini içeren Özel Sağlık Sigortaları Hasta Bilgi Formunu doldurur,
- Provizyonun onaylanması durumunda sigortalı sadece Genel Sağlık Sigortası kapsamında kendisine ait katılım payını öder.

Sigortacı sigortalı adına doğrudan anlaşmalı kuruma ödeme yapar. Provizyona ilişkin fatura, adli rapor kaza tespit tutanağı, alkol raporu ile tetkik sonuçları, doktor raporları gibi evraklar anlaşmalı kurum tarafından Sigortacıya gönderilir.

Trafik kazasının gerçekleşip sigortalı için tazminat ödemesi yapılmasıyla halefiyet hakkı Sigortacıya geçer. Mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçen Sigortacı zarara neden olan kişi veya kuruluştan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Sigorta Şirketi gerekli durumlarda kazaya karışan tüm taraflardan kusurları oranlarında rücu hakkını saklı tutar. Sigortacının haklarını kullanabilmesi için sigortalıların, Sigortacının talep ettiği adli rapor kaza tespit tutanağı, alkol raporu gibi her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamaktır yükümlüdür.

Sigortacı, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı, 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 Şartlarına uygun olması şartı ile ilgili teminat limit ve ödeme oranı doğrultusunda ve 1 SUT ile sınırlı olarak sonradan ödeme kapsamında değerlendirilir.

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

Sonradan Ödeme olarak değerlendirilmesi kabul edilmiş başvurularda; tedaviye ilişkin kişi adına düzenlenmiş dökümlü fatura aslının, adli raporun, kaza tespit tutanağının, alkol raporunun, tedaviyi üstlenen doktor raporunun, epikrizin ve Sigortacının talep edeceği benzeri tüm bilgi ve belgelerin eksiksiz olarak iletilmesini takiben 10 (on) gün içinde sigortalı veya sigorta ettirenin yazılı olarak ileteceği banka hesabına havale yapılır.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ, KAZANILMIŞ HAKLARVE 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.

9.1 Poliçenin Yenilenmesi

Sigortacı, yenileme dönemlerinde poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkına sahiptir.

Sigortacının 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 ödeme aracı yenilemede geçerli olur.

Ürün, teminatlar yenileme döneminde geçerli değilse, biten poliçe teminatlarına en uygun şirketin muadil bir ürünü ile poliçe yenilemesi yapılır.

Sona eren sigorta sözleşmesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 1 (bir) ay içinde yeni sözleşmeye ait primin tamamının ödenmesi gerekir. Sigortacının, poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” uygulaması bulunmamaktadır.

10. PRIM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Sigortacı sağlık tarife primini, risk ili, yaş, cinsiyet, sigorta süresi, geçmiş dönem kullanım oranı, teminat içeriği, teminat limiti, teminat ödeme yüzdesi, sağlık giderlerinin kullanıldığı il, SUT fiyatları, ülkedeki sağlık enflasyonu, komisyon, genel giderler, ürün performansı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Primler gerekli görüldüğü sürelerde Sigortacı tarafından 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 vadesi ile tutarı poliçe üzerinde belirtilir ve sigorta ettiren veya sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemesini peşin olarak kredi kartı ile yapar.

Ürün için herhangi bir Hasarsızlık İndirimi veya Tazminat Ek Prim uygulaması bulunmamaktadır.

Poliçede iki ve üzerinde aile üyesi bulunması halinde, %5 aile indirimi 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.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Yeni Girişler

Bireyler ilk başvuru tarihinde, 15 (on beş) günü (16. (on altıncı) gün itibarıyla) tamamlamış olması koşuluyla herhangi bir yaş kısıtı olmadan poliçede yer alabilir. 15 (on beş) gün - 17 (on yedi) yaş (dahil) arası çocuklar beraberinde en az bir ebeveynin sigortalanması şartı ile sigortalanabilirler. Sigortalılar birden fazla Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi kapsamında yer alamaz veya Quick Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi bulunan sigortalılara ilave olarak Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi düzenlenmez.

11.2 Başvurular

Sigortacı, sigorta ettiren veya sigortalı adayının dijital olarak başvurusunu alır. Sigortacının başvuru şartlı kabul etme, gerekli gördüğü durumlarda ilave bilgi veya belge isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigortalı, poliçe satın almak üzere başvuruda bulunmakla ve poliçe süresi boyunca kendi sağlık geçmişini ve mevcut durumu hakkında bilgi edinilmesi, ilgili bilgi ve belgelerin sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatlarla yetkilendirilen merciler ile paylaşılması için Sigortacıya izin vermiş sayılacaktır.

Başvuru aşamasında sigortalıdan talep edilen bilgi/belge ve onayların 30 (otuz) gün içinde tamamlanmaması durumunda Sigortacı başvuruyu 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 tarifesini geçerli olacaktır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Devam eden poliçeye zeyil ile dahil olan sigortalı nedeniyle aile indirimi uygulanmaz.

11.4 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe Özel Şartlarında Sigortacının taahhütleri son bulur.

Poliçe priminin vade tarihlerinden itibaren 30 (otuz) gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilir.

Police iptali sonrası 30 (otuz) gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme neticesinde Sigortacının poliçeyi tekrar yürürlüğe alma veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

11.5 Ürün, Plan Değişikliği İşlemleri

Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi Quick Sigorta'nın diğer herhangi bir sağlık ürünü ile ilişkilendirilip bu ürünün tamamlayıcısı veya devamı veya başlangıcı olarak kabul edilmez ve sigortalının yenileme dönemlerinde ürün veya teminat değişiklik talepleri kabul edilmez.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Trafik Kazası Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesine diğer sigorta şirketlerinden transfer yolu ile başvuru talepleri kabul edilmez.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1 Sözleşme İptalleri ve Poliçeden Çıkış İşlemleri

Herhangi bir nedenle poliçenin iptal olması, sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde işbu poliçe Özel Şartlarda yazılı şirketimizin taahhütleri son bulur.

Sigorta ettiren, sigorta primini poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödememesi durumunda temerrüde düşer.

Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Türk Ticaret Kanunu 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, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

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

Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

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

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin 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 fesh etme hakkına sahiptir.

13.2 Vefat Durumu

Sigorta ettirenin vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan Sigortalının farklı olması ve sigortalının sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi devam ettirmek istemeleri halinde, sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayının Sigortacıya 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 Resmi 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 unvanı 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 Sigortacıya bildirmelidir. Aksi durumda Sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.