

Koç Holding
Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı
Grup Özel Sağlık Sigortası
Kullanım Kılavuzu
2013

Sayın Sigortalımız,

Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı'nın siz değerli üyelerine Şirketimiz işbirliğinde özel olarak hazırlanan Grup Özel Sağlık Sigortası hakkındaki her türlü bilgiyi bu Kullanım Kılavuzu'nda bulabilirsiniz. Sizlere sunduğumuz hizmetlerden en hızlı ve verimli şekilde yararlanabilmek için kılavuzu incelemenizi, tanımlanan süreçleri dikkatle takip etmenizi hatırlatmak isteriz.

Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı üyeleri için oluşturulan (0212) 336 0 700 numaralı iletişim hattı aracılığıyla her türlü talebinizi/sorunuzu bizlere doğrudan iletebilir ve destek alabilirsiniz. Bu iletişim numarasını, Yapı Kredi Sigorta Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda sizlere hizmet kolaylığı sağlamak amacıyla hazırladığımız TELEMED24 kartlarınızın ön yüzünde de bulabilirsiniz.

TELEMED24 kartları Şirketimizde sigorta kapsamına alındığınızda gönderilmekte olup, poliçe yenilemelerinde aynı kartın kullanımı mümkündür. Kartınız ile birlikte resimli kimlik belgenizi göstererek, sayıları 2.400'e yaklaşan anlaşmalı kurum ağımızda en hızlı şekilde hizmet alabilirsiniz. Her geçen gün genişleyen anlaşmalı kurum ağımızın en güncel haline internet sitemizden (<http://www.yksigorta.com.tr>) ulaşabilirsiniz.

Sizlere Yapı Kredi Sigortası güvencesiyle sağlık dolu günler diler, saygılarımızı sunarız.

Yapı Kredi Sigorta A.Ş.

İÇİNDEKİLER

Kıdem Gruplarına Göre Teminat ve Prim Tablosu	3
Önemli Hatırlatmalar.....	4
1. Sigortalı Olma Koşulları	6
2. Vergi Avantajı	6
3. Poliçeye Giriş, Çıkış İşlemleri Ve Üye Durumundaki Değişiklikler	7
4. Değişikliklerin Bildirilmesi Ve Primlerin Ödenmesi	10
5. Tanımlar	11
6. Teminatlar.....	13
7. Telem24 Kartı.....	19
8. Sağlık Gideri Taleplerine İlişkin Düzenlemeler.....	19
9. Yurt Dışında Gerçekleşen Tedaviler	21
10. Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limiti	22
11. Ömür Boyu Yenileme Garantisi Şartları	22
12. Kıdem Gruplarına Göre Sağlık Gideri Ödeme Koşulları.....	23
13. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarının Kullanılması.....	25
14. Teminat Dışında Kalan Haller.....	26

KIDEM GRUPLARINA GÖRE TEMİNAT ve PRİM TABLOSU

01 Ocak 2013 - 01 Ocak 2014

TEMİNAT KAPSAMI	YILLIK TEMİNAT LİMİTLERİ (TL)			
	1. KIDEM GRUBU 241 ay ve üzeri	2. KIDEM GRUBU 121 - 240 ay	3. KIDEM GRUBU 37 - 120 ay	SİGORTALI KATKISI
Yatarak Tedaviler				
Hastanede Yatarak Tedavi	Limitsiz	48.000	38.000	Yok
Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi	20 Seans ile Sınırlı*			Yok
Evde Bakım ve Takip	8 Hafta ile Sınırlı*			Yok
Ambulans	Limitsiz	2.900	2.900	Yok
Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz	Limitsiz	19.000	13.000	%25
Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkiki	Limitsiz	**		%25
Yapay Uzuv	26.500	19.000	12.000	Yok
Ayakta Tedaviler				
Ayakta Tedavi	Limitsiz	2.150	1.750	%25
İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi	Limitsiz	6.300	5.500	%25
Diğer Teminatlar				
Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi	Limitsiz	Yok	Yok	Yok
Küçük Cerrahi	Limitsiz	3.650	3.350	%25
Tıbbi Malzeme	1.650	850	580	%25
Normal Doğum	Limitsiz	2.900	2.900	Yok
Sezaryen	Limitsiz	5.300	5.300	%20
Kontrol Mamografi (40 yaş üstü bayan için)	Yılda 1 Kez ***			Yok
Prostat Spesifik Antijen Testi PSA (40 yaş üstü erkek için)	Yılda 1 Kez			Yok
Kemik Yoğunluğu Testi (40 yaş üstü bayan için)	Yılda 1 Kez			Yok
1. KIDEM, 2.KIDEM ve 3.KIDEM GRUPLARINDAKİ ÜYELER İÇİN AYLIK KATKI PAYLARI				
Üyeler için				72,00 TL
Üyelerin eşi için				72,00 TL
Üyelerin her bir çocuğu için (<24 Yaş)				28,80 TL
VAKIF KIDEMİ 36 AYIN ALTINDA BULUNAN ÜYELER İÇİN AYLIK KATKI PAYLARI				
Üyeler için				134,00 TL
Üyelerin eşi için				95,00 TL
Üyelerin her bir çocuğu için (<24 Yaş)				37,00 TL

* Evde Bakım ve Takip Giderleri ile Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Giderleri, Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı için belirlenen yıllık limitten düşülür.

** Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkik Teminatı ile ilgili giderler, Kemoterapi-Radyoterapi ve Diyaliz Teminatı için belirlenen yıllık limitten düşülerek %75 oranında ödenir.

*** Kontrol Mamografisi sadece mamografi için özel anlaşma yapılmış kurumlarda geçerlidir.

- 1) 1. Kadem grubu için azami 15 güne kadar süreli yurt dışı seyahatlerinde kullanılmak üzere yıllık 1.000 USD limit ve %75 ödeme oranı ile Ayakta Tedavi Teminatı verilmiştir. (Emekliler için geçerli değildir.)
- 2) 1. Kadem grubu için yurt içi yatarak tedavilerde tüm Anlaşmalı Sağlık Kurumları dışında kullanılabilen "Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limiti" yıllık net 27.000 TL ve %75 ödeme oranı ile sınırlı olacaktır.
- 3) 1. Kadem Grubu yurt dışı yatarak tedavileri için %75 ödeme oranı ile net 39.750 TL yıllık limit bulunmaktadır. 27.000 TL'ye kadar gerçekleşen giderler Yurt İçi Anlaşmasız Kurum limitinden karşılanacaktır.

ÖNEMLİ HATIRLATMALAR

Sağlık giderlerinin adil ve doğru yönetimi Şirketimiz için büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede sigortalılarımızın da, teminat limitlerinin yeterliliği ve sonraki yıl prim artışlarının makul düzeyde gerçekleşmesini sağlayabilmek amacıyla, benzer hassasiyeti göstermelerini beklemekteyiz. Aşağıda belirtilen konular sağlık sigortanızdan faydalanmanızda yol gösterici olacaktır.

- Anlaşmalı sağlık kurumlarımızdan indirimli ve doğrudan ödeme hizmeti alabilmeniz için, sizin ve sigorta kapsamında yer alan eş ve çocuklarınız (aile bireyleri) için birer TELEMED24 kartı düzenlenmiştir. TELEMED24 kartı, resimli kimlik belgeniz ile geçerli olacaktır. Anlaşmalı sağlık kurumlarında TELEMED24 kartı ile provizyon alınarak, teminat kapsamındaki tedavi giderlerinizin varsa size düşen katkı payı dışındaki kısmı, Yapı Kredi Sigorta tarafından doğrudan kuruma ödenecektir.
- Acil sağlık durumlarında, tıbbi danışma veya ambulans hizmetinden yararlanmak için 24 saat ulaşılabilen Yapı Kredi Sigorta TELEMED24 hattını (0212 336 0 911) aramanız yeterlidir. TELEMED24 hattı numarası ayrıca TELEMED24 kartınızın arka yüzünde belirtilmiştir.
- Teminat ve güncel sağlık gideri kullanım bilgilerinize <http://www.yksigorta.com.tr> adresinde "Online İşlemler" menüsü altındaki "Online Poliçe Görüntüleme" adımıyla ulaşabilirsiniz. İlk defa kullanım için belirtilen bilgiler girilerek yeni üye kaydı yapılmalı, şifre alınmalıdır.
- Sigorta teminat limitleri ailenin her bireyi için ayrı ayrı geçerli olup, kişiler arası transfer edilemez.
- Sağlık kurumları ile ilişkilerinizde bu kurumları Sigorta Şirketiniz adına ve kendi menfaatiniz doğrultusunda denetleyiniz. Gerekli gördüğünüz durumlarda Yapı Kredi Sigorta'yı haberdar ediniz. Gereksiz ve/veya aşırı ücretli işlemler teminat limitlerinizin yetmemesine neden olacaktır.
- Ameliyat gerektiren sağlık durumlarında, özel doktorunuzla ameliyat ücretini görüşerek, ameliyatın gerçekleşeceği hastanedeki anlaşmalı doktor ücreti ile kıyaslamanız, makul değil ise ücreti sorgulamanız, teminat limitlerinizin yeterliliği/sağlık giderlerinin kontrolü açısından önemlidir.
- Acil sağlık koşulları hariç olmak üzere, yatarak tedavilerde Şirketimizin yatıştan en az 24 saat önce onay işlemleri için bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- Fatura ve makbuzların tedavi gören kişinin adına alınması ve bu belgelerin tedavi gören sigortalı adına düzenlenmiş "Sağlık Gideri Talep Formu"na eklenmesi gerekmektedir. Şirketimizde sigorta kapsamına alındığınızda gönderilen Mevcut Sağlık Gideri Talep Form'ları veya fotokopileri kullanılabilmesi gibi, yeni form basımı <http://www.yksigorta.com.tr> adresinde "Online İşlemler" menüsü altındaki "Online Poliçe Görüntüleme" adımıyla ulaşılacak ekrandan yapılabilir. Bu form ayrıca Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı üyeleri için oluşturulan (0212) 336 0 700 numaralı iletişim hattından da talep edilebilir.
- Sağlık Gideri Talep Formu ve ekindeki belgeler, çalışmakta olan sigortalılarımızın Şirket birimleri tarafından düzenlenerek listeye birlikte Yapı Kredi Sigorta'ya ulaştırılacaktır. Yapılan tazminat ödemesinin detaylarını içeren listeler ile eksik belge vb. nedenle evrakları iade edilen sigortalıların bilgileri de Yapı Kredi Sigorta tarafından aynı şekilde Şirket birimlerine gönderilecektir. Bu sebeple ödemelerle ilgili bilgiyi Şirketinizin ilgili biriminden temin edebilirsiniz. Şirket yetkilinizin bilgisi dışında bireysel olarak gönderilen faturalar işleme alınamayacaktır. İsteğe bağlı üyeliği devam eden ve emekli aylığı alan üyeler ise, sağlık giderlerini Sağlık Gideri Talep Formu ekinde, bu kılavuzun arkasında adresi belirtilen Yapı Kredi Sigorta Sağlık Gider Yönetimi Bölümü'ne göndermelidir.

- Doktor muayenehanelerinde kredi kartı ile yapılan ödemelerde, tedavi gören sigortalıdan farklı kişinin kredi kartından ödeme yapılması ve makbuz/fatura düzenlenmemesi durumunda, POS slibinin Yapı Kredi Sigorta tarafından değerlendirilmeye alınabilmesi için, bu slibin arkasına tedavi gören sigortalının adı yazılarak doktor tarafından kaşelenip imzalanmalıdır.
- Üniversite Hastaneleri'nden alınan vezne alındılarının işleme alınabilmesi için detaylı fatura dökümlerini lütfen ekleyiniz ve vakıf konumundaki sağlık merkezlerinin vermiş oldukları bağış makbuzlarını ise mutlaka kaşeliniz.
- Her türlü rahatsızlık için öncelikle Şirketinizin İşyeri Hekimine müracaat edilmelidir. SGK'dan alınması mümkün olan ilaçların Şirketinizin İşyeri Hekimleri vasıtasıyla SGK'dan temin edilmesini sağlayınız.
- Her türlü kaza ve ağır hastalık sonucu yatarak tedavisi gereken üyelerin, tedavinin başlangıcında Şirketleri tarafından mutlaka SGK kullanımı sağlanmalıdır. Bu durumda üyeye SGK tarafından geçici iş görmezlik ücretinin ödenmesi, kısmi veya daimi maluliyetin oluşması halinde durumun tespiti, ilgili raporların elde edilmesi ve ayrıca tedavi giderlerinin de yasal limitler dahilinde SGK tarafından karşılanması sağlanmış olacaktır. Benzer şekilde diğer aile bireylerinin de SGK kullanımına öncelik vermesinde fayda bulunmaktadır.

Şirketimiz Bireysel veya Kurumsal Sağlık poliçeleri dışında, herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve/veya ek sağlık poliçesi, Bireysel ve/veya Kurumsal sağlık poliçelerinde sağlanan sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Kurumsal bir sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

- Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı (Koç Vakfı) Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamından çıkan sigortalılar, sağlık sigortası kapsamında yer alan tüm aile bireyleri ile birlikte olmak kaydı ile, çıkış tarihinden en geç bir ay (30 gün) içerisinde Yapı Kredi Sigorta'ya bireysel sağlık ürünlerinden biri ile sigortalılıklarını devam ettirmek üzere başvuru yapabilir. Bireysel sağlık sigortası başvurularında, Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalılar için Sertifika şartları (bk. madde 11) geçerli olacaktır. Henüz bu hakka sahip olmayanlar için tüm aile bireyleri ile birlikte başvuru şartı aranmayacak, ancak tercih ettikleri bireysel sağlık sigortası Özel ve Genel Şartları çerçevesinde standart risk değerlendirmesi yapılacaktır.
- Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında olup herhangi bir nedenle Şirketimizden ikinci poliçe olarak bireysel veya kurumsal poliçeye başvuran sigortalılar için yapılacak değerlendirme sonrasında, sağlık beyanı, doktor muayene raporu ve ek tetkikler istenebilir. Yapı Kredi Sigorta Risk Kabul Yönetmeliği'nce yapılan medikal değerlendirme sonucu kişinin bazı hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakılabilir, limitlendirilebilir, ek prim istenebilir veya kişinin sigortalı olmaması kararı alınabilir.
- Poliçe yılı içinde, sigorta hizmetlerini suistimale yönelik davranışta bulunduğu tespit edilen sigortalı, Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında bulunan aile bireyleri ile birlikte (dört) 4 yıl süre ile sağlık sigortasından yararlanma hakkını kaybedecektir.

KOÇ HOLDİNG EMEKLİ VE YARDIM SANDIĞI VAKFI GRUP ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMA ESASLARI

Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı'nın 22.10.1996 tarihinde yapılan Genel Kurul toplantısında, Vakıf Resmi Senedinin 52. maddesi değiştirilerek Vakfın üyelerine sağladığı hizmetler arasına sağlık sigortası da eklenmiş, 1 Ocak 1997 tarihi itibarıyla Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası yürürlüğe girmiştir. 1 Ocak 2013 tarihi itibarıyla yenilenen Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası uygulama açıklamaları bilgilerinizde sunulmaktadır.

1. SİGORTALI OLMA KOŞULLARI

1.1 KİMLER SİGORTALI OLABİLİR?

Koç Vakfı üyesi olmak kaydıyla, Koç Topluluğu'na bağlı Şirketlerde çalışan ve çalışacak olan tüm personel ve aile bireyleri sigortalı olabilmektedir. Koç Vakfı üyeleri, üye oldukları tarihi takip eden ayın başından itibaren eş ve 24 yaşını doldurmamış bekar çocukları da dahil olmak üzere sağlık sigortasından yararlanabileceklerdir. Üyenin kendisi kapsamda olmadan eşi ve çocuğu kapsama alınamamaktadır.

1.2 KIDEM GRUPLARI

Vakıf kıdemleri 36 ayın üstünde bulunan üyeler, aşağıda belirtilen kıdem grupları için belirlenen teminatlar çerçevesinde sağlık sigortası kapsamına alınacaklardır.

Kıdem Grubu	Vakfa Üyelik Süresi
1. Kıdem Grubu	241 ay ve üzeri
2. Kıdem Grubu	121 - 240 ay
3. Kıdem Grubu	37 - 120 ay

Kıdem grupları dahilinde sağlanacak olan sağlık sigortası teminatları, limitleri ve diğer şartları ile üyelerin aylık eşit taksitlerle ve Şirketleri vasıtasıyla ödeyecekleri katkı payları, her yıl poliçe yenileme dönemleri itibarıyla Vakıf Yönetim Kurulu tarafından tespit edilerek Şirket ve üyelere duyurulacaktır.

1.3 KIDEMİ YETERSİZ OLAN ÜYELER

Vakıftaki üyeliği 36 ayı dolmamış olan personel, bu süreyi dolduruncaya kadar, 3. kıdem grubu için geçerli olan teminatlardan isteğe bağlı olarak yararlanabilir. Bu durumda, aylık taksitlere bağlanmış sigorta priminin tamamını kendisi ödeyebileceği gibi Vakıf katılım payı kadar kısmı Şirketi tarafından karşılanabilir.

Kıdem Grubu	Vakfa Üyelik Süresi
3. Kıdem Grubu	37 ay altı

1.4 ÜYENİN EŞ VE/VEYA ÇOCUĞUNUN DA VAKIF ÜYESİ OLMASI DURUMUNDA

Personel ve eşin Koç Grubu'nda çalışıp her ikisinin de Vakıf'a üyelikleri var ise; kıdemli az olan üye, diğerinin kıdem grubundan eş statüsünde yararlanacaktır. Vakıf üyesi çocuk ise kendi kıdem süresi üzerinden hak edilen teminat grubu içinde personel statüsünde yararlanacaktır.

2. VERGİ AVANTAJI

Üyelerin katkı payları ile isteğe bağlı olanların sigorta prim taksitleri, her ay brüt

maaşlarına ait vergi matrahlarından, 4697 sayılı Bazı Vergi Kanunlarında Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 4. ve 7. maddeleri ile Gelir Vergisi Kanunu'nun 63. ve 89. maddelerinde yapılan değişiklik uyarınca, gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırlarına ilişkin açıklamaların yer aldığı söz konusu maddelerde, 29.06.2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 6327 sayılı "Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile yeni düzenlemeler getirilmiştir.

01.01.2013 tarihinden itibaren yürürlüğe giren yeni düzenleme ile birlikte ücretliler için ödendiği ayda elde edilen brüt gelirin %15'i ile sınırlı olmak; Beyana Tabi Mükelleflerde ise, beyan edilen brüt gelirin %15'i ile sınırlı olmak ve her iki grup bakımından da, yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşmamak üzere, üyelerin katkı payları ile isteğe bağlı olanların sigorta prim taksitleri, her ay brüt ücretlerine ait vergi matrahlarından veya gelirlerinden indirilebilecektir.

Bu işlem sonucunda gelir vergisi kesintisi azalacağı için, ödenen katkı paylarının üyenin içinde bulunduğu gelir vergisi dilimi oranındaki kısmı net ücret artışı olarak geri dönmüş olacaktır.

3. POLİÇEYE GİRİŞ, ÇIKIŞ İŞLEMLERİ VE ÜYE DURUMUNDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

3.1 KIDEM DEĞİŞİKLİĞİ

Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortasından üyelik süresine göre belirlenen kıdem grupları dahilinde yararlanan üyelerin, poliçe dönemi içinde yeterli kıdem süresine ulaşmaları durumunda, bir üst kıdem grubuna geçişi bir sonraki poliçe yenileme döneminde olacaktır.

3.2 YENİDOĞAN ÇOCUKLARIN SİGORTA KAPSAMINA DAHİL EDİLMESİ

Sigorta kapsamındaki üyelerin yeni doğan çocuklarının poliçeye giriş taleplerinin doğumu takip eden 3 ay içerisinde Vakfa bildirilmiş olması gerekmektedir. Bu durumda üyelerin yeni doğan çocukları doğum tarihleri itibarıyla poliçeye alınacaktır. Belirtilen sürenin aşılması durumunda ise yeni doğan çocuklar bir sonraki yenileme döneminde poliçeye alınabilecektir.

3.3 POLİÇEYE GİRİŞ VE ÇIKIŞ İŞLEMLERİ

Poliçeye giriş ve çıkışlar, aşağıda belirtilen yıl içi hareket işlemlerinin haricinde, yalnız poliçe başlangıç tarihi (poliçe yenileme dönemi) itibarıyla yapılacaktır.

Yıl içinde aşağıdaki durumların gerçekleşmesi halinde, değişikliğin olduğu tarihi izleyen ayın başından itibaren poliçede giriş/çıkış işlemi yapılabilir.

- A. Vakfa yeni üye olanlar ile poliçe dönemi içinde Vakıf üyeliği 36. ayını dolduranların 3.kıdem grubuna yapılacak girişleri,
- B. Aktif üyelerin İsteğe Bağlı veya Emekli Üye statüsüne geçişleri,
- C. Koç Topluluğu içinde Şirket değiştirme nedeniyle yeni Şirket kapsamına geçiş (Nakil),
- D. Vakıf üyeliğinden ayrılma nedeniyle çıkış,
- E. Askerlik nedeniyle çıkış ve giriş,
- F. Evlilik nedeniyle eş girişi;
- G. Üyeler arasındaki evlenme durumunda;
Eşlerden kıdemi daha az olan diğerinin kıdem grubu içinde ve eş statüsünde

devam edecektir. Önceki evliliklerinden çocukları bulunan Vakıf üyelerimizin; birbiriyle evlenmeleri durumunda her biri, iş akdi devam ettiği müddetçe ait olduğu işletme üzerinden ve kendi kıdem grubundan, çocuklarıyla birlikte sağlık hizmeti alabileceklerdir. Üyelerden birinin iş akdinin sona ermesi durumunda, işini kaybeden üye, diğeri üzerinden eş statüsü ile hizmet almaya devam edebilecek, ancak üyenin önceki evliliğinden olan çocuğu hizmetten yararlanamayacaktır.

H. Çocukların 24 yaşını doldurması/evlenmesi/askerliği nedeniyle çıkış,

I. Boşanma nedeniyle çıkış,

J. Üyenin vefatı nedeniyle çıkış;

Üyenin vefatı halinde, sigortalı eş ve çocuklarının teminatı 90 gün için primsiz olarak devam ettirilecektir.

K. Eş/çocuk vefatı nedeniyle çıkış,

3.4. SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA HAKKININ SONA ERMESİ

SİGORTANIN POLİÇE ŞARTLARI DIŞINDA KULLANILMASI

Sigortalılar, kendilerine sağlanan bu imkânları, poliçe şartları dışında kullanmaları veya kullandırmalarının tespit edilmesi halinde, eş ve çocukları da dahil olmak üzere 4 yıl boyunca sağlık sigortasından yararlanma hakkını kaybedeceklerdir.

ÇALIŞAN ÜYELERİN SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA HAKKINDAN VAZGEÇMESİ

Sağlık sigortasından yararlanmakta olan üyeler, Vakıf üyeliğinden ayrılmadıkları müddetçe sağlık sigortası kapsamından, poliçe yenileme dönem sonlarından önce ayrılamazlar. Şirketlerine yaptıkları yazılı beyanlarına istinaden, dönem sonunda sağlık sigortasından yararlanma hakkından vazgeçerek sistemden ayrılan üyeler, eş ve çocukları da dahil olmak üzere, 4 yıllık poliçe dönemi geçmedikçe tekrar sağlık sigortasından yararlanamazlar.

3.5. EMEKLİ AYLIĞI ALAN, İSTEĞE BAĞLI OLARAK ÜYELİĞİ DEVAM EDEN VE VAKIF'TAN AYRILAN ÜYELERİN SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMASI

VAKIF'TAN EMEKLİ AYLIĞI ALAN ÜYELER

Vakıf'tan emekli aylığı almaya hak kazanan üyeler, sigorta katkı payları kendileri tarafından karşılanmak ve kaldıkları kıdem grubundan devam etmek üzere eşleri ile birlikte Vakıf Resmi Senedi'nde belirtilen yaş sınırları çerçevesinde "Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası"ndan yararlanırlar. Bu üyeler isterlerse, 24 yaş ve altındaki bekar çocuklarını toplam poliçe bedellerini kendileri ödemek kaydıyla "Koç Vakfı Bireysel Sağlık Poliçesi" kapsamında sigorta ettirebilirler.

Vakıf'tan emekli aylığı alarak Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan yararlanmakta olan emekli üyeler Vakıf'tan ayrılmadıkları müddetçe sağlık sigortası kapsamından poliçe yenileme dönemine kadar ayrılamazlar. Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan yararlanma hakkından vazgeçerek kapsamdan ayrılan emekli üyeler, 4 yıllık poliçe dönemi geçmedikçe tekrar sigorta kapsamına giremezler. Sigorta kapsamından çıkan üyelerin sadece bir kez daha kapsama girme hakları bulunmaktadır.

Vakıf ile olan bağları emekli aylığı alarak devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları, bu konularının değiştiği tarihteki son Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında bulunan mevcut olan aile bireylerini kapsar (yeni konularında meydana gelen medeni hal değişiklikleri ile yeni doğan çocuklar hariçtir).

Emekli aylığı alan üyelerden, birikmiş toplu ödemelerini talep ederek Vakıf ile olan bağlarına son verenlerin Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası ile olan ilişkilerine de

son verilir. Ancak bu üyeler ayrılış tarihlerinden itibaren en geç 1 ay (30 gün) içinde Yapı Kredi Sigorta'ya müracaat ederek Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası kapsamına girebilirler.

VAKIF'TA İSTEĞE BAĞLI ÜYE OLANLAR

Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı Resmi Senedi'nde belirtildiği gibi üyelik kıdemleri 180 ay ve üzerinde bulunan ancak emekli aylığı almak için gerekli olan yaş şartlarını doldurmamış üyeler, çalıştıkları Şirketten ayrılmaları veya çalıştıkları Şirketin Vakıf ile ilişkisinin kesilmesi durumunda, isteğe bağlı olarak üyeliklerini devam ettirme hakkına sahiptirler. Bu üyelerin talep etmeleri halinde emekli aylığı almak için geçerli olan yaş sınırlarını dolduruncaya kadar eş ve çocukları (24 yaş ve altındaki bekar çocukları da kapsar) ile sigorta katkı payları kendileri tarafından karşılanmak ve kaldıkları kıdem grubundan devam etmek üzere Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan yararlanabilirler.

Sağlık sigortasından yararlanmakta olan bu üyeler, isteğe bağlı üyelikten ayrılmadıkları müddetçe sağlık sigortası kapsamından, poliçe yenileme dönemine kadar ayrılamazlar. Dönem sonunda sağlık sigortasından yararlanma hakkından vazgeçerek sistemden ayrılan üyeler, eş ve çocukları da dahil olmak üzere, 4 yıllık poliçe dönemi geçmedikçe tekrar sigorta kapsamına giremezler. Sigorta kapsamından çıkan üyelerin sadece bir kez daha kapsama girme hakları bulunmaktadır.

Vakıf ile olan bağları isteğe bağlı üye konumunda devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları bu konumlarının değiştiği tarihteki son Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası'nda mevcut olan aile bireylerini kapsar (yeni konumlarında meydana gelen medeni hal değişiklikleri ile yeni doğan çocuklar hariçtir).

İsteğe bağlı üyelerden, birikmiş toplu ödemelerini talep ederek Vakıf ile olan bağlarına son verenlerin Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası ile olan ilişkilerine de son verilir. Ancak bu üyeler ayrılış tarihlerinden itibaren en geç 1 ay (30 gün) içinde Yapı Kredi Sigorta'ya müracaat ederek Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası kapsamına girebilirler.

VAKIF'TAN AYRILAN ÜYELER

A) 01.01.2007 SONRASI DEĞİŞTİRİLEN RESMİ SENET MADDE 45-I'ya GÖRE (YENİ SİSTEM) HAK KAZANAN ÜYELER

Son dört yıldan beri kesintisiz olarak Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan hizmet almakta olan Vakıf üyelerinden, Vakıf Resmi Senedine göre hem yaş (erkeklerde 55, kadınlarda 50) hem de kıdem (en az 180 ay) şartlarını yerine getirmesine rağmen emekli aylığı yerine toptan ödemesini alarak Vakıftan ayrılanların, talep etmesi halinde ayrılış tarihlerinden itibaren, Yapı Kredi Sigorta tarafından sunulan "Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası" kapsamına girmeleri mümkündür. Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası kapsamında devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları, bu konumlarının değiştiği tarihteki mevcut olan aile bireylerini kapsar. (Medeni hal değişiklikleri nedeniyle yeni eklenecek eşler ve yeni doğan çocuklar Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası kapsamında yer almayacaktır.) Bunun için Vakıftan ayrılış tarihi itibarıyla en geç bir ay (30 gün) içinde Yapı Kredi Sigorta'ya başvurulmalıdır.

Bu kişiler, Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı Resmi Senedi'nin (01.01.2007 tarihinde değiştirilen yeni şekline göre) 45. Madde 1. Bendi (j) bölümü ile aynı maddenin 2. bendi (g) bölümünden yararlananlar (çocuklar dahil) için uygulandığı gibi, kaldıkları kıdem grubu teminatlarından devam etmek ve bu teminat grubu için geçerli olan toplam sigorta bedellerini kendileri ödemek koşuluyla, çalışan üyelere sağlanan şartlar dahilinde sigorta hizmetinden yaş sınırı olmaksızın yararlanmaya devam edebileceklerdir.

1. Kıdem Grubunda yer alan kişiler, bu süre içinde Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası'nı almak üzere başvurmazlarsa, Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Poliçesi'ne

verilen özel haklardan (mevcut hastalıkların kabulü gibi) yararlanamayacaklardır. Bir aylık sürenin aşıldığı, ancak başvurunun üç ay içerisinde yapıldığı durumda, sadece 2. veya 3. Kıdem Grubu teminatlarından birini seçmek suretiyle Koç Vakfı emeklisi statüsünde sigortalanmaları mümkün olacaktır.

B) 01.01.2007 ÖNCESİ UYGULANAN RESMİ SENET MADDE 45-'ya GÖRE (ESKİ SİSTEM) HAK KAZANAN ÜYELER

Son dört yıldan beri kesintisiz olarak Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan hizmet almakta olan Vakıf üyelerinden, Vakıf Resmi Senedine göre hem yaş (erkeklerde 50, kadınlarda 45) hem de kıdem (en az 180 ay) şartlarını yerine getirmesine rağmen emekli aylığı yerine toptan ödemesini alarak Vakıf'tan ayrılanların talep etmesi halinde, ayrılış tarihlerinden itibaren Yapı Kredi Sigorta tarafından sunulan Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası kapsamına girmeleri mümkündür. Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası kapsamında devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları, bu konularının değiştiği tarihteki mevcut olan aile bireylerini kapsar. (Medeni hal değişiklikleri nedeniyle yeni eklenecek eşler ve yeni doğan çocuklar Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası kapsamında yer almayacaktır.) Bunun için Vakıf'tan ayrılış tarihi itibarıyla en geç bir ay (30 gün) içinde Yapı Kredi Sigorta'ya başvurulmalıdır.

Bu kişiler, Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı Resmi Senedi'nin (01.01.2007 tarihinden önce uygulanan şekline göre) 45. Madde 1. Bendi (g) bölümü ile aynı maddenin 2. bendi (f) bölümünden yararlananlar (çocuklar dahil) için uygulandığı gibi, kaldıkları kıdem grubu teminatlarından devam etmek ve bu teminat grubu için geçerli olan toplam sigorta bedellerini kendileri ödemek koşuluyla, çalışan üyelere sağlanan şartlar dahilinde sigorta hizmetinden 70 yaşına kadar yararlanmaya devam edebileceklerdir.

1. Kıdem Grubunda yer alan kişiler, bu süre içinde Koç Vakfı Bireysel Sağlık Sigortası'nı almak üzere başvuramazlarsa, Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Poliçesi'ne verilen özel haklardan (mevcut hastalıkların kabulü gibi) yararlanamayacaklardır. Bir aylık sürenin aşıldığı, ancak başvurunun üç ay içerisinde yapıldığı durumda, sadece 2. veya 3. Kıdem Grubu teminatlarından birini seçmek suretiyle Koç Vakfı emeklisi statüsünde sigortalanmaları mümkün olacaktır.

C) KIDEMİ 180 AYIN ALTINDA OLAN ÜYELERİN DURUMLARI

Vakıf üyeliğinin sonlandığı tarihte Vakıf kıdemi 180 ayın altında bulunan üyelerin Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortaları çıkış tarihleri itibarıyla sonlandırılır. Vakıf'tan ayrılan ve sigorta poliçeleri sonlanan bu üyelerin ayrılış tarihinden itibaren en geç bir ay (30 gün) içinde başvurmaları halinde Yapı Kredi Sigorta tarafından bireysel sağlık sigorta poliçesine geçişleri değerlendirilecektir.

3.6. YURT DIŞINDA GÖREVLİ PERSONELİN DURUMU

Vakıf üyelerinden yurt dışında görevlendirilen personelin (kıdemi 36 ay altında olup sigorta priminin tamamını isteğe bağlı olarak kendileri ödeyenler hariç) Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası poliçesinden yararlanmadığı durumda, Türkiye'de ikamete devam eden aile bireylerinin sigortası devam edebilecektir.

4. DEĞİŞİKLİKLERİN BİLDİRİLMESİ ve PRİMLERİN ÖDENMESİ

Sağlık sigortasından yararlanan üyelerin Vakıf ile olan bağlarının ay içinde sona ermesi halinde, üyelerin çıkış bilgileri hiç bekletilmeden (en geç ertesi gün) Şirketlerin ilgili bölümleri tarafından Yapı Kredi Sigorta'ya iletilecektir.

Üyeler ay içinde hangi tarihte ayrıldıklarından bağımsız olarak, o ayın sonuna kadar sağlık hizmetlerinden yararlanacakları için, üyenin o aya ait sigorta primi tahsil edilerek Yapı Kredi Sigorta'ya ödenecektir.

Bildirimi geciken çıkışlar için; bildirildiği tarih itibariyle işlemler yapıp, üyeye isabet eden sigorta primi Şirketlerden tahsil edilecektir. Üyenin ayrıldığı günde veya günlerde doğrudan ödeme anlaşması yapılmış olan sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alınması halinde, sağlık hizmetlerinin bedeli Şirketlere rücu edilecektir.

Ayrıca, üyelerin durumlarındaki diğer değişiklikler, (evlenme, boşanma, çocuk doğumu vb.) Şirketlerin ilgili bölümleri tarafından aylık olarak Vakıf'a bildirilecektir.

Şirketler bildirimlerini, her ayın 6. iş gününe kadar yapmalıdır. 6. iş gününden sonra yapılacak her türlü bildirimlere ait işlemler takip eden ayda gerçekleştirilecektir. Bildirimlerin Vakıf portalı üzerinden elektronik olarak yapılması esastır.

Yapı Kredi Sigorta, her ayın başı itibariyle, Vakıf kanalıyla iletilen değişiklikler için gerekli ek poliçeyi (zeyilname) düzenleyerek belgeleri Şirketlere ulaştıracaktır. Bu belgelerde Vakıf, sigortalı ve Şirket katılımları ayrı olarak belirtilecektir.

Şirketler, Yapı Kredi Sigorta tarafından hazırlanan zeyilnelere ve sigortalı personel listelerine göre gerekli kesintiler ile vergi avantajı düzenlemelerini bordrolaştırdıktan sonra, sigortalı/Şirkete ait aylık toplam sigorta prim payını, takip eden ayın en geç 10'una kadar Yapı Kredi Sigorta'nın Yapı Kredi Bankası Merkez Şube TR04 0006 7010 0000 0069 7733 87 numaralı hesabına yatacaklardır.

Örneğin Ocak ayı içinde oluşan değişikliklerin Vakıf kanalıyla bildirilmesini takiben; Yapı Kredi Sigorta, bildirilen değişiklikleri 1 Şubat itibarıyla geçerli kılan zeyilnelere ilgili Şirketlere gönderecektir. Şirketler Şubat ayının bordrosunu düzenleyerek sigortalıların toplam sigortalı katkı paylarını (varsa Şirket payını da ekleyerek) en geç Mart ayının 10'una kadar Yapı Kredi Sigorta'nın hesabına yatacaklardır.

5. TANIMLAR

5.1. SAĞLIK KURUMLARI

Özel kanunları uyarınca T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

5.2. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI (TELEMED24 HİZMET AĞI)

Sigortalıların TELEMED24 kartlarını kullanarak Yapı Kredi Sigorta'dan teminatları/limitleri/ödeme oranları dahilinde ücret ödmeden hizmet alabildikleri, Yapı Kredi Sigorta ile özel fiyat anlaşmaları bulunan hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane, laboratuvar ve doktor muayenehaneleridir.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında, kapsam dışı haller ve limit aşımı gibi nedenlerle sigortalıların giderlerini kendilerinin karşılaması gereken durumlarda da Yapı Kredi Sigorta anlaşmalı fiyatları üzerinden işlem yapılır. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesinde belirtildiği şekilde, bazı kurumlarla tüm teminatlar için anlaşma bulunmamaktadır. Anlaşmalı kurum uygulamaları, bu kurumlarda sadece anlaşma yapılan teminatlar için geçerli olmaktadır. Anlaşmalı kurum ağımızın en güncel haline internet sitemizden (<http://www.yksigorta.com.tr>) ulaşabilirsiniz.

5.3. ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI

Yapı Kredi Sigorta ile anlaşması olmayan, TELEMED24 Hizmet Ağı'nda yer almayan hastane, laboratuvar, poliklinik, doktor muayenehaneleri, eczane, vb. özel ve/veya tüzel kişilerdir. Ayrıca Anlaşmalı Sağlık Kurumlarının bünyesinde hizmet verdiği halde, söz konusu kurumla Yapı Kredi Sigorta'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen doktorlar da aynı kapsamda değerlendirilmektedir.

5.4. DOĞRUDAN ÖDEME

Sigortalının TELEMED24 kartı ve resimli kimlik belgesini Anlaşmalı Sağlık Kurumuna ibraz etmesi kaydıyla, poliçe kapsamındaki sağlık giderlerinin teminat limiti ve ödeme oranı çerçevesinde Yapı Kredi Sigorta tarafından doğrudan Anlaşmalı Sağlık Kurumuna ödenmesidir.

5.5. SONRADAN ÖDEME

Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna veya doktora ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan belgelerle Yapı Kredi Sigorta'dan talep edilmesidir. Söz konusu sağlık giderleri, poliçe şartları, teminat limiti ve ödeme oranı çerçevesinde Yapı Kredi Sigorta tarafından değerlendirilerek sigortalı hesaplarına havale yapılır.

5.6. ÖDEME ORANI VE SİGORTALI KATKI PAYI

Ödeme oranı, teminat limiti dahilinde Sigortacının tazminat miktarı üzerinden ödemekle yükümlü olduğu orandır. Bu oranı % 100'e ulaştırın fark oranına sigortalı katkı payı denir.

Örneğin, sigortalı katkı payı olmayan, ödeme oranı %100 olan teminat için, teminat limitine kadar olan harcamanın tümü Yapı Kredi Sigorta tarafından karşılanır. Sigortalı katkı payı %25, Yapı Kredi Sigorta ödeme oranı %75 olan teminat için ise, sağlık giderinin %25'i sigortalı tarafından karşılanırken yıllık teminat limitine kadar olan kısmın %75'i Yapı Kredi Sigorta tarafından ödenir (Sağlık harcamaları sonucu yıllık limit dahilinde ödenecek tutar için, KDV dahil fatura tutarı esas alınır).

5.7. TEMİNAT LİMİTİ

Her teminat için karşılanabilecek maksimum yıllık sağlık gideri tutarıdır. Ödeme oranı ile çarpılması suretiyle ilgili teminattan karşılanabilecek net sağlık gideri tutarı hesaplanır (Net limitleri ayrıca belirtilen "Yurt İçi Anlaşmasız Kurum" ve "Yurt dışı Yatarak Tedavi" limitleri ödeme oranı ile çarpılmış, karşılanabilecek maksimum yıllık sağlık giderini ifade eder).

5.8. YURT İÇİ ANLAŞMASIZ KURUM LİMİTİ

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında gerçekleşen Hastanede Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz, Ambulans, Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkiki Teminatlarına ait sağlık giderlerinin maksimum ödenebilir yıllık tutarıdır. Bu limit sadece 1. Kıdem Grubu için geçerlidir.

5.9. YURT DIŞI YATARAK TEDAVİ LİMİTİ

Yurt dışında gerçekleşen Hastanede Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkiki Teminatları'na ait sağlık giderlerinin maksimum ödenebilir yıllık tutarıdır. Söz konusu harcamalar öncelikle Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limiti'nden düşülerek karşılanır. Bu limit sadece 1. Kıdem Grubu için geçerlidir. Bu teminatın içeriği ile 2. ve 3. Kıdem gruplarının yurt dışında gerçekleşen sağlık giderlerine ilişkin açıklamalar Madde 9 ve 12 de anlatılmaktadır.

5.10. TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ASGARİ ÜCRET TARİFESİ (TTB TARİFESİ)

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyinin 6023 sayılı yasasına dayanarak hekimlerin muayene/televizyon/tetkik için almaları gereken, asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, belirlenen birimlerin ilgili illerin tabip odalarının belirlenen ve dönemsel olarak değişen katsayı ile çarpımına KDV eklenerek yapılır. TTB Birimleri, işlem gerçekleştirildikten sonra iletilecek raporlarla veya işlem öncesi işlemi gerçekleştirecek doktor tarafından hesaplanabilir.

5.11.TELEMED24 HATTI

Sigortalının acil sağlık durumlarında ambulans organizasyonu için arayacağı telefon hattıdır. Sigortalı, bu hattı arayarak acil tıbbi danışmanlık hizmeti de alabilir. TELEMED24 hattı numarası, TELEMED24 kartının arka yüzünde yazıldığı üzere, (0212) 336 0 911'dir.

6. TEMİNATLAR

YATARAK TEDAVİLER

6.1. HASTANEDE YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Bu teminat, tıbben gerekli olması ve doktorun yatış nedenini ayrıntılı raporunda belirtmesi şartıyla, hastanede en az 24 saat yatarak gerçekleşen tedavi ile ameliyat giderlerini teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde güvence altına alır.

Hastanede yatarak tedavi sırasında gerçekleşen; tek yataklı standart hastane odası, yemek, refakatçi, doktor, ilaç, gerekli tıbbi araştırmalar, ameliyathane, operatör, asistan, anesteziist, yoğun bakım, malzeme giderleri ile ameliyat sonrası fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı limitsiz olan 1. Kıdem grubu için sigorta yılı içinde teminat altına alınan hastanede yatış süresi toplam 180 gün olup, normal oda yatışları bir gün, yoğun bakım yatışları ise iki gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

6.1.1. AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen, TTB Tarifesinde 150 birim ve üzerindeki cerrahi girişimleri kapsar.

Aynı seansta birden fazla işlem yapılması durumunda, her bir işlem için TTB Tarifesi'nde yer alan bölüm ve birime göre kullanılacak teminat/teminatlar ayrı ayrı belirlenir.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunların hepsinin sigorta teminatı kapsamına girmemesi halinde, ilgili hastane ve operatör giderleri, toplam faturanın ya da kapsama girmeyen harcamaya ait faturanın da ayrıca ibraz edilmesi kaydıyla her ameliyat için ayrı TTB birimleri göz önüne alınarak, ağırlıklı olarak karşılanır.

Yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın koroner anjiyografi, böbrek taşı kırma (ESWL), şok dalga tedavisi (ESWT) ve bunların uygulanmasıyla ilgili anesteziist ve doktor ücreti giderleri Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

6.1.2. AMELİYATSIZ TEDAVİ

Sigortalının tedavisinin ameliyat olmaksızın hastanede normal odada ya da yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla hastanede en az 24 saat yatılarak yapılan tedavi giderleridir.

6.1.3.AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

Sigortalının, Yapı Kredi Sigorta tarafından kabul edilen ameliyatı sonrasında, ameliyatla ilişkili olarak planlanan fizik tedavisinin ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın taburcu olma tarihinden itibaren en geç 60 gün içerisinde yapılması koşulu ile Hastanede Yatarak Tedavi Teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Ameliyat sonrası fizik tedavi giderleri poliçe yılı içinde toplam 20 seans ve TTB

Tarifesi ile sınırlı olup, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve raporunu Yapı Kredi Sigorta'nın onaylaması koşulu ile sadece TTB Tarife'sinin Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümünde bulunan işlemlere ait sağlık giderleri karşılanır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge ayrı bir seans olarak değerlendirilir.

Bu teminat 1. Kıdem grubu için yurt dışında geçerli değildir.

6.1.4. EVDE BAKIM VE TAKİP

Sigortalının yatarak tedavisi sonrasında, tedavisini yürüten doktor tarafından evde uygulanması istenen bakım planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Yapı Kredi Sigorta'ya gönderilmesi ve bakım planının Yapı Kredi Sigorta tarafından onaylanması şartıyla; taburcu olduğu tarihten itibaren poliçe yılı içinde 8 haftaya kadar verilen tıbbi evde bakım hizmet giderleri Hastanede Yatarak Tedavi Teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Bu teminat yurt dışında geçerli değildir.

6.2. AMBULANS TEMİNATI

Sigortalının, sigorta süresi içerisinde geçirdiği rahatsızlık veya yaralanma sonucu, tıbben hayati tehlike ile karşı karşıya kalmasına yol açacak acil durumu nedeniyle en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için Yapı Kredi Sigorta tarafından organizasyonu yapılacak kara veya hava ambulansı giderleri Ambulans Teminatı kapsamında karşılanır. 1. Kıdem Grubunda Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında, 2. ve 3. Kıdem Grubunda ise ilgili teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Sigortalı kara ambulansı organizasyonu için öncelikle Yapı Kredi Sigorta TELEMED24 Hattı'nı (0212 336 0 911) aramalıdır. Sigortalının sağlık durumunun aciliyeti nedeniyle o anda TELEMED24 hattını arayamaması nedeniyle sair bir kurumdan kara ambulansı hizmeti alması durumunda da yukarıdaki şartlar geçerli olacaktır. 1. Kıdem Grubu için, Yapı Kredi Sigorta onayı alınmadan yapılacak kara ambulansı taşımalarında oluşan gider, poliçede belirtilen Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanacaktır. 2. ve 3. Kıdem Grupları için ise, ilgili teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde işlem yapılacaktır.

Sigortalının hayati tehlike gösteren acil sağlık durumu nedeniyle, en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı ve bulunduğu mahalde müdahalenin yapılamadığı durumlarda, ulaşımın hava yoluyla yapılabilmesi için öncelikle ve mutlaka Yapı Kredi Sigorta'ya detaylı tıbbi bilgilerin yazılı olarak ulaştırılması ve onayının alınması gerekmektedir. Onay alınmadan gerçekleşen hava ambulansı/hava yolu taşımaları sigortacı tarafından kabul edilmeyecektir. Özel ya da tarifeli olarak yapılan hava yolu ulaşımına ait giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

Hayati tehlike gösteren acil durum nedeniyle kara ve hava ambulansı giderleri sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

Özellikle Türkiye'de mevcut uygulama kısıtları ve ambulans firmasının hizmetleri nedeniyle oluşacak herhangi bir aksaklık veya gecikmeden dolayı Yapı Kredi Sigorta sorumlu tutulamaz.

6.3. KEMOTERAPİ/RADYOTERAPİ/DİYALİZ TEMİNATI

Yapı Kredi Sigorta tarafından onaylanması koşuluyla kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz tedavilerinin (hastane, ilaç, doktor ücreti) giderleri yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında gerçekleşen bu kapsamdaki giderler, 1. Kıdem

Grubu için Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanacaktır.

6.3.1.KEMOTERAPİ/RADYOTERAPİ/DİYALİZ TETKİKİ TEMİNATI

Yapı Kredi Sigorta tarafından onaylanan habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması ve takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında, Kemoterapi/Radyoterapi/Diyaliz Teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında gerçekleşen bu kapsamdaki giderler, 1. Kıdem Grubu için Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanacaktır.

6.4. YAPAY UZUV TEMİNATI

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık nedeniyle tıbben ihtiyaç duyduğu;

- Fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ve vücuda implante edilen cihaz giderleri,
- Memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanan protez giderleri,
- Kalp pili, ICD, koklear implantlar ve vücut içi pompa giderleri (insulin pompası hariç),

gerekliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Yapı Kredi Sigorta'nın onaylaması koşulu ile teminat yıllık limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

AYAKTA TEDAVİLER

6.5. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Bu teminat, tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, aşağıda detayları verilen doktor muayene, ilaç, tahlil/röntgen ve fizik tedavi giderlerini, teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde güvence altına alır.

6.5.1.DOKTOR MUAYENE

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılacak ayakta tedavi kapsamındaki muayenelere ait giderler veya evde yapılacak acil muayene ücretleri, Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

6.5.2.TAHLİL VE RÖNTGEN

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktor isteminde belirtilen her türlü kan, idrar tahlili v.b. tetkikler ile her türlü yöntemle çekilen röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı işlemleri ve işitme testi ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Yukarıda belirtilen teşhis yöntemlerine ait sağlık giderleri, fatura veya makbuzların asılları ile birlikte yapılan tahlil, röntgen vb. tetkiklere ait sonuç raporlarının kopyası da eklenerek belgelendirilmelidir. Aynı tahlil ve tetkiklerin doktor istemi olsa dahi kontrol gayesi ile belli aralarla tekrarlanması teminat kapsamı dışındadır.

Yatarak tedavi yapılmasını gerektiren durum olmaksızın, sigortalının hastanede yatarak yaptıracağı tüm tetkik giderleri de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

6.5.3. İLAÇ

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ilaçlara ait giderler, tedavi için gerekli olduğu reçete ile belgelenmesi kaydıyla, Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

İlaç giderleri, reçetelerin asılları, eczane fatura/kasa fişi, ilaç fiyat kupürleri ve barkod/karekod ile de belgelendirilmelidir. İlaç kupürleri, ilaç isimleri ve fiyatları okunacak şekilde kesilmelidir. Doktor tarafından gerekli görülen ilaçlar, reçeteye, en fazla beş kalem ve her kalemden bir kutu olacak şekilde yazılabilir. Bir kutu ilacın 10 günlük tedavi dozunu karşılamaması durumunda gerekli miktar reçeteye yazılabilir. Ancak, tedaviyi üstlenen doktor tarafından verilecek rapor ile sürekli kullanılması gerektiği belirtilen ilaçlar, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Yapı Kredi Sigorta tarafından onaylanması halinde 90 günlük dozlar halinde reçete edilebilir.

Reçetede belirtilen ilaçlara ait giderler, ilaç kullanım dozu ve süresi de dikkate alınarak teminat kapsamında karşılanacaktır.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Yapı Kredi Sigorta'nın onay vermesi koşulu ile ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

İşyeri hekiminin yazdığı reçete kapsamındaki ilaçlar SGK'dan temin edilecektir. Her türlü rahatsızlığınızda öncelikle Şirketinizin İşyeri Hekimine müracaatta bulunmanız önem taşımaktadır. SGK'dan alınması mümkün olan ilaçların Şirketinizin işyeri hekimleri vasıtasıyla SGK'dan temin edilmesini sağlarız.

0-6 yaş okul öncesi çocukların rutin aşıları: 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 2'şer doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, 1 doz Su Çiçeği, BCG (verem), 3 doz Hepatit A,

0-9 yaş için: 4 doz Pnömonokok,

0-1 yaş için: 2 doz Rotavirüs

ve tüm yaşlar için Kuduz, Tetanoz, Alerji aşıları Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

6.5.4. FİZİK TEDAVİ

Fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve raporunun tedavi öncesi Yapı Kredi Sigorta tarafından onaylanması kaydıyla, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

1. Kıdem Grubu için poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri toplam 20 seans ve TTB Tarifesi ile sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir seans olarak değerlendirilir.

2. ve 3. Kıdem Grupları için karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri ise Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Bu teminat 1. Kıdem grubu için yurt dışında geçerli değildir.

6.6. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM TEDAVİ TEMİNATI

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktor istemiyle belirtilen bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsi giderleri (smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile; tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biyopsiler) bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır. Ancak, karaciğer biyopsileri

ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TTB Tarifesi'ndeki birimi dikkate alınarak Hastanede Yatarak Tedavi veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır.

Ayrıca, anjiyografi (sadece klasik kardiyak anjiyografi Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır), amniosentez, TTB Tarifesi'ndeki biriminden bağımsız olarak ağrı tedavisi (omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri ise Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır), gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil) ile ilgili giderler, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahede), bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Bu teminat 1. Kıdem grubu için yurt dışında geçerli değildir.

DİĞER TEMİNATLAR

6.7. TRAFİK KAZASI SONUCU DIŞ TEDAVİ TEMİNATI

Kaza zaptı ile belgelendirilen trafik kazası sonucu, dış hekimi ve çene cerrahisi uzmanları tarafından yapılan her türlü tedavi ve ameliyatlara bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır. Kıymetli maden ile kaplamalar ve protezlere ait masraflar kapsam dışındadır.

Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında gerçekleşen bu kapsamdaki sağlık giderleri Yurt İçi Anlaşmasız Kurum limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanacaktır.

Bu teminat sadece 1. Kıdem Grubu sigortalıları için ve yurt içinde geçerlidir.

6.8. KÜÇÜK CERRAHİ TEMİNATI

TTB Tarifesi'nde küçük ameliyat olarak belirtilen ve 150 birime kadar olan cerrahi girişimler (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahaleler, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemleri, elektrokoterizasyon, kriyoterapi, tırnak çekilmesi, abse hematoma drenajı, mide yıkama, yanık debridmanı ve pansumanına ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Belirtilen işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TTB Tarifesi'ndeki birimine, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, bu teminat limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilâç, ameliyathane (preop. kan tahlili bu kapsamdadır) ve doktor ücretleri, bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Bu işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonu (intraartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi), giderleri ise ilgili teminatların limit ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Aynı seansta birden fazla işlem yapılması durumunda, her bir işlem için TTB Tarifesi'nde yer alan bölüm ve birime göre kullanılacak teminatlar ayrı ayrı belirlenir.

Aynı seansta, aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (malzeme/ilaç, ameliyathane ve doktor ücreti), TTB Tarifesi'ne göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

Bu teminat 1. Kıdem grubu için yurt dışında geçerli değildir.

6.9. TIBBİ MALZEME TEMİNATI

Sigortalının, sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, işitme cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemelere ait giderler, bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

6.10. DOĞUM TEMİNATI

Normal doğum, sezaryen ve hamilelik ve lohusalık komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (bebek ile ilgili harcamalar dahil) ve mastit ile ilgili giderler, bu teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır. Doğum teminatı için bekleme süresi olmayıp mevcut hamilelikler için de geçerlidir.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar Doğum Teminatı kapsamında; hastanede yatmadan yapılan hamileliğin takibi ile ilgili giderler ise Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi ile Küçük Cerrahi Teminatı limit ve ödeme oranları dahilinde değerlendirilir.

Doğum Teminatı poliçede çocuk konumunda sigortalananlar hariç, tüm bayanlar için geçerlidir.

2. ve 3. Kıdem Grubu için normal doğum/sezaryen ile doğum giderleri için ayrı teminat limiti ve ödeme oranı bulunmaktadır. Bu kıdem grupları için Doğum Teminatı tüm Dünya'da geçerlidir. Ancak, A.B.D., Kanada ve İsrail'de yapılan sağlık giderleri için ödeme oranının %75'i geçerli olacaktır (ödeme oranı %80 olan sezaryen giderleri için sigortacının sorumluluğu ilgili limitin %60'ı ile sınırlıdır).

1. Kıdem Grubu için, doğum ve/veya hamilelik komplikasyonlarına bağlı tedavi giderleri, sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşmesi koşuluyla bu teminat kapsamında limitsiz olarak, ilgili ödeme oranıyla karşılanır. Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen söz konusu giderler teminat kapsamı dışındadır.

Doğumun ve/veya hamilelik komplikasyonlarına bağlı takip ve tedavilerin sigortalının kendi doktoru (Yapı Kredi Sigorta'nın anlaşmalı olmadığı) tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ödenecek doktor ücreti sigortalının tercih ettiği Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile sigortacı arasında belirlenen doktor ücretini aşamaz.

Limitsiz Doğum Teminatı 1. Kıdem Grubu için sadece yurt içinde ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda geçerlidir.

6.11. KONTROL MAMOGRAFİSİ TEMİNATI

40 yaş ve üstü sigortalı bayanların Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde kontrol mamografisi için anlaşmalı olduğu belirtilen sağlık kurumlarında yılda bir kez yaptıracağı kontrol mamografi ücretleri bu teminat kapsamında karşılanır.

6.12. PSA (PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN) TESTİ TEMİNATI

40 yaş ve üstü sigortalı erkeklerin yılda bir kez herhangi bir Anlaşmalı Sağlık Kurumunda yaptıracakları PSA (Prostat Spesifik Antijen) tetkiki giderleri bu teminat kapsamında karşılanır.

6.13. KEMİK YOĞUNLUĞU TESTİ TEMİNATI

40 yaş ve üstü sigortalı bayanların yılda bir kez herhangi bir Anlaşmalı Sağlık Kurumunda yaptıracakları kemik yoğunluğu testi bu teminat kapsamında karşılanır.

7. TELEMED24 KARTI

Sigortanın başlangıcıyla birlikte sigorta kapsamına alınan üye ve aile bireylerinin adlarına düzenlenmiş TELEMED24 kartları bu kılavuz ekinde gönderilmektedir. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında indirimli ve doğrudan ödeme hizmeti alınabilmesi için TELEMED24 kartının resimli kimlik belgesi ile kuruma ibraz edilmesi gerekmektedir. Anlaşmalı Sağlık Kurumları kullanıldığında, teminat altındaki tedavi giderleri, varsa sigortalı katkı payı dışındaki kısmı, Yapı Kredi Sigorta tarafından doğrudan kuruma ödenecektir. Özellikle Ayakta Tedavi Teminatı giderlerinde TELEMED24 kartının POS ile kullanımı, işlemlerinizin süratle sonuçlandırılmasını sağlayacaktır.

Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası yenilediği sürece geçerliliğini koruyan TELEMED24 kartının kaybedilmesi/çalınması/manyetik alanında sorun olması nedeniyle kullanılamaması durumlarında (0212) 336 0 700 numaralı İletişim Hattı'na bilgi verilmesini takiben, en kısa sürede yeni TELEMED24 kartı gönderilecektir.

8. SAĞLIK GİDERİ TALEPLERİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

8.1. SAĞLIK GİDERİ TALEP SÜRESİ

Sigortalı, teminatları kapsamında yaptığı sağlık giderine ait taleplerini, tanı/tedavi tarihinden itibaren "60" gün içerisinde yapmaması halinde, söz konusu sağlık giderine ilişkin olarak sigortacıdan talepte bulunamaz.

8.2. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Poliçenin yenileme döneminde, yenileme tarihinden önce gerçekleşen bir kaza veya hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavisi devam eden sigortalının poliçe bitiş tarihinde öğlen saat 12.00'ye kadar olan sağlık giderleri, sona erecek poliçedeki ilgili teminatlarından, öğlen saat 12.00'den sonrasındaki işlemler, yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak, poliçenin yenilenmemesi durumunda bu süre poliçe bitim tarihinden itibaren 7 günü geçemez. Ara dönemde poliçe kapsamından çıkan sigortalılar için, teminat, çıkış tarihi itibarıyla sona erer.

8.3. KOÇ VAKFI GRUP ÖZEL SAĞLIK SİGORTASINA EK POLİÇE UYGULAMALARI

Sigortalının, Yapı Kredi Sigorta'da ikinci bir sağlık poliçesinin olması durumunda önce Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kullanılır. Sağlık gideri talebinin teminat limitini aşması durumunda ikinci poliçe devreye girer ve aşan kısım bu poliçeden karşılanır. Ancak, kullanılan teminatlarda sigortalı katılım payı var ise bu miktar sigortalı tarafından karşılanır. Sigortalı katılım payı ikinci poliçeden karşılanmaz.

Sadece, Normal Doğum/Sezaryen ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tedavi giderleri için, ikinci poliçedeki bekleme süresini tamamlayan sigortalılar önce ikinci poliçesini kullanabilir. Ancak, sağlık giderinin tamamı (hastane, doktor vb.), kullanım için tercih edilen poliçe teminatından karşılanır; sağlık gideri, teminatın bitmesi hariç, iki poliçe arasında bölünemez.

8.4. SAĞLIK GİDERLERİNİN BELGELENDİRİLMESİ, GÖNDERİMİ VE ÖDENMESİ

- 8.4.1. Sigorta kapsamındaki Vakıf üyesi ve aile bireylerinin kullanımına yönelik olarak hazırlanan "Sağlık Gideri Talep Formları"na sağlık gideri bilgileri yazılmalı, tedavi belgeleri eklenmelidir. Formların fotokopi ile kullanımı mümkün olup, formda adı yazan sigortalı ile gönderilen belgelerin eşleşmesi gerektiğini vurgulamak isteriz.
- 8.4.2. Sigortalılar, Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumları'nda ödemelerini kendilerinin yaptığı sağlık giderlerine ait faturaların asıllarını, Sağlık Gideri Talep Formuna kaydederek, zımbalanmış şekilde Şirketlerinin ilgili birimine teslim etmelidir.
- 8.4.3. Şirketlerin ilgili birimlerinde toplanan Sağlık Gideri Talep Formları ve ekli belgeler, icmali yapılarak, her bir Şirket için ayrı ayrı belirlenecek haftanın belli bir iş gününde Yapı Kredi Sigorta Genel Müdürlüğü'nün elinde olacak şekilde toplu halde gönderilecektir. Yapı Kredi Sigorta, Şirketlerden gelen formları gerekli kontrollerden geçirerek hazırlayacağı ödemeleri takip eden haftanın aynı iş günü sigortalıların banka hesaplarına yatacağıdır. Belirlenmiş olan günde Yapı Kredi Sigorta'nın eline ulaşmayan formlar takip eden hafta aynı gün ulaşmış kabul edilerek değerlendirmeye alınacaktır. Şirket yetkilisinin bilgisi dışında bireysel olarak gönderilen sağlık giderleri işleme alınmayarak, iade edilecektir. İsteğe bağlı üyeliği devam eden ve emekli aylığı alan üyeler ise, sağlık giderlerini Sağlık Gideri Talep Formu ekinde, bu kılavuzun arkasında adresi belirtilen Yapı Kredi Sigorta Sağlık Gider Yönetimi Bölümü'ne göndermelidir.
- 8.4.4. Ödeme detaylarını içeren listeler ve eksik belge vb. nedenle ödemeyen sağlık giderlerine ait belgeler Şirketlerin ilgili birimlerine Yapı Kredi Sigorta tarafından gönderilecektir. Sigortalılar, ödeme durumlarına ilişkin bilgiyi Şirketlerinin ilgili biriminden alabileceklerdir.
- 8.4.5. Doktor muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında doktor kaşesi bulunmalı ve doktorun uzmanlık alanı belirtilmelidir. Doktor muayene için gerçekleşen hizmet bedelinin kredi kartı ile ödenmesi ve POS slibinin üzerinde "bu belge VUK uyarınca serbest meslek makbuzu yerine geçen belge hükmündedir" ibaresi yer alması durumunda, bu slipler makbuz yerine geçmektedir. Ancak kredi kartı sahibi ile tedavi gören sigortalının farklı kişi olması durumunda bu slibin Yapı Kredi Sigorta tarafından değerlendirilmeye alınabilmesi için slibin arkasına tedavi gören sigortalının adı yazılarak doktor tarafından kaşelenip imzalanmalıdır.
- 8.4.6. Sağlık kurumlarından kasa fişi yerine sigortalı adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.
- 8.4.7. Sağlık Gideri Talep Formu ile gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları için, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler eklenmelidir. Böylelikle Yapı Kredi Sigorta sağlık gideri incelemesini hızlandırarak ödemelerin zamanında yapılmasını sağlayabilecektir.
- Yatış yapılmassa dahi, hastanede gerçekleşen tedaviler ve müdahaleler ile ameliyatlara ilişkin epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu ve dökümlü hastane faturası,
 - Doktor muayenelerinde, gerekli görüldüğünde anamnez raporu (tıbbi kayıt),
 - Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, doktor tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor, varsa tetkik sonuçları,
 - Tanı amaçlı yapılan işlemlerde, doktor istemi ve tetkik sonuçları,
 - İlaç tedavilerinde, reçetelerin asılları ve reçetede ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları/karekodları,

- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu,
 - Her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeler (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı vb.) ibraz edilmelidir.
 - Yurt dışında gerçekleşen sağlık giderleri için ülkeye giriş çıkış tarihlerini gösteren pasaport fotokopisi, ödeme belgeleri, kredi kartı ekstresi/slibi.
- 8.4.8. Yapı Kredi Sigorta gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, uzman doktora sigortalısını muayene ettirmek hakkına sahiptir.
- 8.4.9. Kapsam dahilindeki tedaviler için fatura asıllarının gönderilmesi esastır. Ancak fatura aslının kaybedilmesi halinde “Aslı gibidir” onaylı fatura ve üyenin beyanı ile ödeme yapılır.
- 8.4.10. Üniversite hastanelerinden alınan vezne alındılarının işleme alınabilmesi için ekinde detaylı fatura dökümlerinin bulunması gerekmektedir. “Kredi Kartı Alındısı” belgesi ile ödeme yapılamamakta, bu ödeme için fatura düzenlenmesi gerekmektedir. Vakıf konumundaki sağlık merkezlerinin vermiş oldukları bağış makbuzlarının ise mutlaka kaşelenmiş olması ve ekinde detaylı işlem dökümlerinin bulunması gerekmektedir.

9. YURT DIŞINDA GERÇEKLEŞEN TEDAVİLER

Yurt dışında gerçekleşen tedavi giderleri, Yapı Kredi sigorta'nın ödeme tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınarak Türk Lirası olarak ödenir.

Yurt dışında yapılan tedavilere ait faturaların ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

1. Kıdem Grubu için

- Yurt dışında gerçekleşen, Yatarak Tedaviler başlığında tanımlanan teminatlar kapsamındaki sağlık giderleri (Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Evde Bakım ve Takip, Yapay Uzun, Ambulans teminatları hariç olmak üzere) %75 ödeme oranı ile net 27.000 TL Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limitinden düşülerek karşılanır. Yurt dışında gerçekleşen sağlık giderinin Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limitini aşması durumunda ek olarak net 12.750 TL ve %75 ödeme oranı ile Yurt dışı Yatarak Tedavi teminatı kullanılır. Her iki limit toplamı net 39.750 TL'yi aşmaz. (Yapay Uzun teminatı yurt içinde geçerli olan teminat limiti ve % 75 ödeme oranı ile yurt dışında da geçerlidir.)
- Yurt dışında gerçekleşen, Ayakta Tedaviler (Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi teminatları hariç olmak üzere) % 75 ödeme oranı ile yıllık 1.000 USD limit dahilinde karşılanır (emekliler hariç). Bu teminat yalnızca 15 güne kadar süreli seyahatler sırasında geçerli olmak üzere verilmiştir, daha uzun süreli seyahatlerde geçerli olmayacaktır.
- Tıbbi Malzeme teminatı limiti mevcut ödeme oranı ile yurt dışında da geçerlidir Ancak “Diğer Teminatlar” başlığında tanımlanan Tıbbi Malzeme haricindeki teminatlar yurt dışında geçerli değildir

2. ve 3. Kıdem Grubu için

- Yurt içinde geçerli olan teminatlar limitleri, ödeme oranları ve uygulamaları dahilinde yurt dışında da geçerlidir. (Evde Bakım ve Takip, Ambulans, Kontrol Mamografisi, PSA ve Kemik Yoğunluğu Testi teminatları hariç olmak üzere). Hastanede Yatarak Tedavi, Kemoterapi/Radyoterapi/Dializ (Tetkik dahil) ve Ayakta Tedavi Yurt içinde geçerli olan teminat limitleri, ödeme oranları ve uygulamaları dahilinde yurtdışında da geçerlidir.

- Sadece A.B.D., Kanada ve İsrail'de gerçekleşen sağlık giderleri için ödeme oranının %75'i geçerli olacaktır (örneğin, teminat limitleri dahilinde sigortalı katkı payı olmayan Hastanede Yatarak Tedavi için sağlık giderinin %75'i ödenecek. Sigortalı katkı payı %25 olan teminatlarda ise, sağlık giderinin %56'sı ödenecektir).

10. YURT İÇİ ANLAŞMASIZ KURUM LİMİTİ

1.Kıdem Grubunda yurt içindeki Anlaşmasız Sağlık Kurumlarında gerçekleşen Hastanede Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkiki, Ambulans, Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi Teminatları kapsamındaki sağlık giderleri için geçerli olan limittir. 2013 - 2014 poliçe yılı için net 27.000 TL, %75 ödeme oranı ile limit belirlenmiştir. Şöyle ki, tedavi masrafının %25'i sigortalı üye tarafından karşılanacak ve bu oranda geri alınabilecek azami net tutar 27.000 TL olacaktır.

11. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ ŞARTLARI

Yapı Kredi Sigorta, Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında en az 4 tam yıl kesintisiz olarak sigortalanmış ve sigortasını Yapı Kredi Sigorta "Can Sağlığı Sigortası" planlarından biri ile devam ettirmek isteyen kişilerin, aşağıdaki koşullara bağlı olarak poliçelerini ömür boyu yenileyeceğini kabul ve beyan eder. Bu güvencenin yerine getirilmesinde, sigortacının Sağlık Sigortası Genel Şartları ve başvuru esnasında geçerli olan Can Sağlığı Sigortası Özel Şartları'nda belirtilen tüm hakları saklıdır.

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi sertifikası sigortalının sadece Can Sağlığı Sigortası poliçesinin ömür boyu yenileneceğini belirtmektedir. Sigortalının risk değerlendirmesi bu bireysel poliçeye ilk başvurusu esnasında yapılacaktır.
- Yapı Kredi Sigorta, sigortalının sağlık geçmişini ve sigortalı adına kesintisiz 4 tam yıl boyunca ödenen yıllık net sağlık primi ile ödenen ve/veya ödenecek yıllık sağlık gideri oranının %100'ü aşım aşmadığını inceleyerek Ömür Boyu Yenileme Garantisi verip vermeme hakkına sahiptir.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamından çıkış tarihi itibarıyla en geç bir ay içerisinde talep edilmesi halinde ve grup poliçesinde mevcut olan tüm aile bireylerinin birlikte başvurusu koşulu ile geçerlidir.
- Can Sağlığı Sigortası poliçelerinde uygulanmak üzere verilmiş olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının geçerli olabilmesi için, üyenin çalıştığı Şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrası ayrılma ile Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortasından çıkış (en geç ilişkin kesildiği poliçe dönemi sonunda) ya da Şirketinin hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı sonrasında, sigortasının sona erdiği tarihten itibaren, en geç bir ay içerisinde bireysel sağlık sigortası yaptırmak üzere Yapı Kredi Sigorta'ya başvurulması gerekmektedir.
- Tıbbi risk değerlendirmesi Can Sağlığı Sigortası poliçesine başvuru esnasında, Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanılan tarihe kadar oluşan rahatsızlıklar dikkate alınarak yapılacak ve sağlık geçmişi incelenerek, hastalık muafiyeti ve/veya ek prim uygulanabilecektir.
- Sigortalı bireysel poliçeye geçiş esnasında, hastalık ek primi uygulanarak teminat kapsamına alınan, mevcut veya sigortacı tarafından riskli bulunan hastalıklarının teminat kapsamı dışında bırakılmasını isterse, sigortalının bu talebi doğrultusunda poliçesine uygulanan hastalık muafiyeti ömür boyu devam eder ve poliçe yenileme dönemlerinde ek prim uygulanarak bir daha teminat kapsamına alınamaz. Tıbbi risk değerlendirmesi sonucunda kapsam dışı tutulan (muafiyet konulan) hastalıklar da poliçe yenileme dönemlerinde teminat kapsamına alınamaz, muafiyet ömür boyu geçerli olur.

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi sertifikasının verildiği tarihten sonra ortaya çıkan hastalıklar poliçe yenileme dönemlerinde teminat kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu hastalıkları için hastalık ek primi uygulanmayacaktır.
- Sigorta süresi içerisinde sigortalının gerçeğe aykırı eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığı tespit edilmesi durumunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanılmış olsa dahi bu güvence her şekilde son bulur ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddesi uygulanır.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi sertifikasının verildiği tarihten önce oluşmuş, sigortalı tarafından bilinen ancak Yapı Kredi Sigorta'nın bilgisi dahilinde olmayan risk/hastalık durumlarında, Yapı Kredi Sigorta durumu öğrendiği tarih itibariyle yenileme garantisi taahhüdüne son verme, muafiyet ve/veya hastalık ek primi uygulayarak poliçeyi devam ettirme hakkına sahiptir. Sigortalı maruz kaldığı tüm risk/hastalıklarını Yapı Kredi Sigorta'ya 8 gün içerisinde bildirmelidir.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalıların bireysel sağlık ürünlerinden birini almak için yaptığı ilk başvuruda tercih ettiği ürün, teminat ve teminat limitleri Yapı Kredi Sigorta'nın onayı ile geçerli olacaktır.
- Sigortalı bireysel poliçesinde yenileme dönemlerinde teminatlarını artırmak ister ise, yenileme taahhüdü Yapı Kredi Sigorta tarafından tekrar gözden geçirilir. Teminat artışları Yapı Kredi Sigorta'nın onayına bağlıdır. Yapı Kredi Sigorta teminat artışı talebinde bulunan sigortalılardan son durumunu belirtir sağlık beyanı isteyebilir, sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir veya bazı hastalıklarını teminat kapsamı dışında bırakabilir.
- Bireysel poliçelerin yenileme dönemlerinde teminatlar, teminat limitleri ve teminatlara bağlı primler poliçe özel şartları uyarınca belirlenir. Yapı Kredi Sigorta poliçe özel şartlarında değişiklik yapabilir, bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

12. KIDEM GRUPLARINA GÖRE SAĞLIK GİDERİ ÖDEME KOŞULLARI

12.1. 1.KIDEM GRUBU

12.1.1. Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Teminatları'na ait sağlık giderleri;

- A. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderleri; limitsiz olarak ve ilgili teminatın ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır.
- B. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin, Anlaşmalı Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (sigortalının özel doktoru ve/veya Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen doktor); Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limiti'nden düşülerek ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- C. Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait sağlık giderleri; Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limiti'nden düşülerek ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

Ancak, hayati tehlike gösteren acil durumlarda, yapılan tedaviye ait gerekli tıbbi raporlar ile belgelenmesi ve Yapı Kredi Sigorta tarafından kabul edilmesi koşulu ile oluşan sağlık giderleri, limitsiz ve teminat ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nın olmadığı yurt içindeki illerde bulunan sağlık

kurumlarında gerçekleşen poliçe kapsamındaki tedavi giderleri, limitsiz olarak teminat ödeme oranı dahilinde karşılanacaktır. Sigortalıların sağlık giderlerini ilgili kuruma önce kendilerinin ödeyip, daha sonra belgelerini göndererek ödemelerini Yapı Kredi Sigorta'dan talep etmeleri gerekmektedir.

- D. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile kamuya ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri; limitsiz ve ilgili teminatın ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

12.1.2. Ayakta Tedavi, Küçük Cerrahi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatları ile ilgili sağlık giderleri;

- A. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderleri; limitsiz olarak ve %75 ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır.
- B. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin, Anlaşmalı Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (sigortalının özel doktoru ve/veya Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen doktor); limitsiz ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- C. Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait sağlık giderleri; limitsiz ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- D. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile kamuya ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri; limitsiz ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- E. Sigortalının yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeniyle gerçekleşen sağlık giderleri için yalnızca 15 güne kadar yurt dışı seyahatleri sırasında kullanılmak üzere %75 ödeme oranı ile 1.000 USD yıllık limitli ek yurt dışı ayakta tedavi teminatı (emekliler hariç) verilmiştir. Küçük Cerrahi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi teminatları yurt dışında geçerli değildir.
- F. Anlaşmalı Sağlık Kurum ağına dahil eczanelerde gerçekleşen, ilaç ve aşı için belirtilen ödeme koşullarına uygun sağlık giderleri; limitsiz ve %75 ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır. Reçete tarihi ile ilaçların alınma tarihi arasında 10 günden fazla süre bulunması durumunda ilgili ilaç giderleri sonradan ödeme kapsamında değerlendirilir.

12.2. 2. ve 3. KIDEM GRUPLARI

12.2.1. Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Teminatları'na ait sağlık giderleri;

- A. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderleri; ilgili yıllık teminat limitinden düşülerek, teminat ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır.
- B. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin, Anlaşmalı Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (sigortalının özel doktoru ve/veya Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen doktor); ilgili yıllık teminat limitinden düşülerek, teminat ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- C. Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait sağlık giderleri; ilgili yıllık teminat limitinden düşülerek, teminat ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

D. Sigortalının yurt dışında kendi isteği ile veya acil durum nedeniyle gerçekleşen sağlık giderleri; ilgili yıllık teminat limitinden düşülerek, teminat ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır. Ancak, A.B.D., Kanada ve İsrail'de gerçekleşen tedaviler için teminat ödeme oranlarının %75'i geçerli olacaktır. (Hastanede Yatarak Tedavi için sağlık giderinin %75'i ödenecektir. Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Teminatı için ise, sağlık giderinin %56'sı ödenecektir.)

12.2.2. Ayakta Tedavi, Küçük Cerrahi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi ile ilgili sağlık giderleri;

- A. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderleri; ilgili yıllık teminat limitinden düşülerek ve %75 ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır.
- B. Yapı Kredi Sigorta tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderlerinin, Anlaşmalı Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (sigortalının özel doktoru ve/veya Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen doktor); ilgili teminat limitinden düşülerek ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- C. Anlaşmasız Sağlık Kurumu olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait sağlık giderleri; ilgili teminat limitinden düşülerek ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- D. Sigortalının yurt dışında kendi isteği ile veya acil durum nedeniyle gerçekleşen sağlık giderleri; ilgili yıllık teminat limitinden düşülerek ve %75 ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır. Ancak, A.B.D., Kanada ve İsrail'de gerçekleşen tedaviler için teminat ödeme oranlarının %75'i geçerli olacaktır (ödeme oranı %75 olan teminatlar kapsamındaki sağlık giderinin %56'sı limit dahilinde ödenebilecektir). Küçük Cerrahi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi teminatları yurt dışında geçerlidir.
- E. Anlaşmalı Sağlık Kurum ağına dahil eczanelerde gerçekleşen, ilaç ve aşı için belirtilen ödeme koşullarına uygun sağlık giderleri; Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve %75 ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır. Reçete tarihi ile ilaçların alınma tarihi arasında 10 günden fazla süre bulunması durumunda ilgili ilaç giderleri sonradan ödeme kapsamında değerlendirilir.

13. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARININ KULLANILMASI

Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndan hizmet alınabilmesi için sigortalıların TELEMED24 kartlarını yanlarında bulundurmaları gerekmektedir. TELEMED24 kartları resimli kimlik belgesi ile birlikte geçerlidir. Aksi durumda, sağlık gideri sigortalı tarafından karşılandıktan sonra, faturaların ve ek belgelerin Yapı Kredi Sigorta'ya iletilerek sonradan ödeme kapsamında değerlendirilmesi söz konusudur. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında, TELEMED24 kartının kullanılarak onay alınması suretiyle, sigortalılar sigorta teminat ve şartlarına uygun olarak sigortalı katkı payı düşüldükten sonra, limitleri dahilinde ödeme yapmadan sağlık hizmeti alabilirler (örneğin %20'lik ve/veya %25'lik katkı payı ve teminat limitlerini aşan kısım kendilerinden tahsil edilecektir).

Sigortalının Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda, yatarak tedavi göreceği durumlarda faturanın doğrudan ödenebilmesi için, yatış öncesi sağlık kurumundan temin edilecek Bildirim Formu'nun yatıştan en geç 24 saat öncesinde Yapı Kredi Sigorta'ya iletilerek onay alınması gerekmektedir. Bu nedenle sigortalı hastaneye yattığı gün, sağlık kurumun Yapı Kredi Sigorta'ya Bildirim Formu'nu faksладыğını teyit etmelidir. Bu süre şartı acil durumlarda geçerli değildir. Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda onay verilmeyen ve Anlaşmasız Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderlerini kendisi öder. Anlaşmalı Sağlık Kurumu ağına dahil bir sağlık kurumu ile Yapı Kredi

Sigorta arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, anlaşmalı hizmet ağına dahil sağlık kurumlarına özel uygulamalar (faturaların doğrudan ödenmesi, indirimli uygulamalar vb. hizmetler) otomatik olarak son bulacaktır.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu uygulaması, sağlık kurumu ve hekimlerle yapılan sözleşmeler çerçevesinde Yapı Kredi Sigorta'nın sigortalılarına hızlı hizmet ve ekonomik bir fayda temin etmeye yönelik sağladığı ek bir hizmettir. Sigortalılar bu kişi veya kurum kuruluşları seçmekte tamamen serbesttir. Bu hizmet, hiçbir şekilde Yapı Kredi Sigorta tarafından yapılan bir tavsiye veya yönlendirme olarak değerlendirilemeyeceği gibi, anılan kişi/kurumun tanı, tedavi ve tedavi sonrası değerlendirmeleri ile her türlü kontrol ve tarama amaçlı tetkiklerine dair uygulamalar ve sonuçları açısından sorumluluklar bu kurum ve kişilere aittir.

14. TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Aşağıda sayılan haller, tedaviler ve giderler bu poliçede sigorta teminatlarının dışında tutulmuştur.

14.1. Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT ile girişimsel yöntemlerle yapılmayan kardiyak anjyografiler (EBT Anjio, Multi Slayt Koroner Anjio ve benzerleri) muayene ve tetkikleri ile her türlü koruyucu aşı ve ilaçlar,

14.2. Reçeteye yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar bu poliçenin kapsamı dışındadır.

- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, T.C. Sağlık Bakanlığı ruhsatı olmayan her türlü vitamin+mineral kombinasyonu, mineraller, vitaminler, diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeler içeren preparatlar,
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,
- T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar, ilaçlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol ilaçları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, zayıflatıcı preparatlar, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çay, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre, distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan nikotin preparatları,
- Her türlü kozmetik preparatlar (kremler, losyonlar, el kremleri)

14.3. Doktor nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve benzeri tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

14.4. Psikiyatrik, geriyatrik hastalıklar, demansiyel sendrom (bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi) ve psikoterapi gerektiren durumların tanıları, tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

14.5. Poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konmuş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar, genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum

araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç), büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), yapısal bozukluklar (septum deviasyonu, nazal valv yetmezliği, hallux valgus gibi), obesite ve bu durumlara ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

(Septum deviasyonu ve 18 yaşından küçüklerin kasık fıtığına ilişkin sağlık giderleri, sigortalının kesintisiz 4 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanması durumunda ve poliçesinde bu rahatsızlıklara yönelik olarak istisna/muafiyet uygulanmamış olması, tanısının sigortalılık döneminde konması şartlarıyla ilgili teminatlar kapsamında karşılanır. Ayrıca sigortalının kesintisiz 4 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanması sonrasında tespit edilmesi şartıyla Arteriovenöz Malformasyona ait sağlık giderleri ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.)

- 14.6. Şaşılık ve gözde kırma kusurlarını tedavi etmeye yönelik, her türlü ameliyat giderleri (laser dahil),
- 14.7. Her türlü estetik ve benzeri kozmetik tedavi ve ameliyatlar (poliçe şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri nedeniyle yapılan mastektomi sonrasında rekonstrüksiyon ameliyatları hariç) ile kontrol ve komplikasyonlar, jinekomasti ile ilgili tüm giderler, anti-aging (yaşlanmayı geciktirici) çalışmalar için yapılan homosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (sklerozan-lazer tedavileri gibi), mezoterapi, nöralterapi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi, horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,
- 14.8. Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (phimosi vb.), yardımla üreme teknikleri (kısırlık tanı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanı-tedavi yöntem ve/veya komplikasyonları), doğum kontrolü yöntemleri (küretaj dahil) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile, Genital Herpes, Genital ve Anal Papillomatöz lezyonlar (Siğiller, Kondiloma Akkümünata vb.), Genital ve Anal Molluscum Kontagiosum, Peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları ve Menapozla bağlı Osteoporoz (kemik erimesi) tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
- 14.9. HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı bütün hastalıklara dair yapılan giderler,
- 14.10. Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya benzeri uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyesinde mevcut olduğu tespit edilen sigortalının geçirdiği hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,
- 14.11. Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (dağcılık, paraşütcülük, yolcu sıfatından gayri ve tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, ralli, motokros gibi) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait sağlık gideri,

- 14.12. Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor, termometre vs. gibi sıhhi malzemeler ile terlik, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, tekerlekli iskemle, koltuk değneği gibi malzeme ve cihazlar, meme, penis gibi protezler ile telefon ve TV gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü gider, tek kişilik refakatli standart oda dışındaki oda ücretleri,
- 14.13. Sigortalılığı bir yılı aşan sigortalılar için aynı hastalık nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin 365 günü aşması halinde, aşan süre için yapılan harcamalar,
- 14.14. Acil vakalar dışında sigortacıya en az 24 saat önceden bildirilmeden yapılan yatarak tedaviler,
- 14.15. Poliçede belirtilmeyen teminatlar kapsamında yapılan harcamalar ile poliçede belirtilen sağlık kurumu tanımını dışında kalan yerlerde yapılan tedavi giderleri,
- 14.16. Tedavilerin yurt içinde ve yurt dışında yapılması halinde seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya benzeri yerlerde yapılan konaklama ücretleri,
- 14.17. Organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında vericiye ait giderler, organ ve organın transfer giderleri,
- 14.18. Gözlük, (çerçeve ve cam) bedeli ile kontakt lens masrafları,
- 14.19. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi, ameliyat ve komplikasyonlarına ait her türlü gider (trafik kazası sonucu oluşan sağlık giderleri ilgili teminatta anlatıldığı üzere karşılanmaktadır),
- 14.20. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
- 14.21. Yapı Kredi Sigorta veya başka bir sigorta şirketindeki poliçenin konusu olan sağlık giderine ait sigortalı katkı payı ve/veya muafiyet tutarı,
- 14.22. Günlük iş görememe ve gündelik bakım masraflarının karşılanmasına ilişkin teminatlar,
- 14.23. Sigortalıya uygulandığı tarihte, tedavisi istenen rahatsızlık için gerekliliğini, etkinliğini ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayımlanmadığı, tüm otoriteler (uzmanlık dernekleri, Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Amerikan FDA (Food and Drug Administration)) tarafından onayı olmayan veya tıbbi otoriteler tarafından deneysel aşamada olduğuna ve aynı işlem, gereç, tedavi için bir kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair bilgi tespit edilen tanı ve tedavi yöntemleri,
- 14.24. Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2 ve 3'de belirtilen teminat dışı kalan haller.

Genel Şartlar Madde 2:

- a) Harp veya harp niteliğinde hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürüme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,

- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar,
- g) Sigortalının intihar teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller,

Genel Şartlar Madde 3:

Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır.

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması,
- b) Genel Şartlar Madde 2'nin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

YAPI KREDİ SİGORTA A.Ş.

GENEL MÜDÜRLÜK

Yapı Kredi Plaza A Blok
Büyükdere Cad.
Levent, 34330 İstanbul
Tel : (0 212) 336 06 06

İletişim Hattı

Tel: (0 212) 336 0 700

AKDENİZ Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 242) 310 39 39

EGE Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 232) 498 64 64

GÜNEY Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 322) 455 57 57

İÇ ANADOLU Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 312) 458 60 60

BURSA Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 224) 294 59 59

İSTANBUL Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 212) 336 06 06

BAKIRKÖY Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 212) 449 17 17

KADIKÖY Bölge Müdürlüğü

Tel: (0 216) 468 22 22

www.yksigorta.com.tr yksigorta@yksigorta.com.tr

