

ALLIANZ SİGORTA

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASININ KONUSU VE KAPSAMI

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında olan özel sağlık kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını, Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını, Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarları ve işbu özel şartlarla sınırlı olmak koşuluyla SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini ödeyen bir sigortadır.

KİMLER TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI YAPTIRABİLİR

SSK, Emekli Sandığı'na (Memur) tabi çalışanlar, Bağkur'a tabi olan işverenler ve bu kurumlardan emekli olanlar ile eşten, aneden, babadan ve çocuğundan dolayı bu kurumlardan sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetinden faydalananlar ile herhangi bir işte çalışmayıp GSS (Genel Sağlık Sigortası) kapsamında sağlık hizmetinden faydalanan herkes kendine, eşine, çocuğuna, annesine babasına tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilir.

- 15 günlük ile 64 yaş arası kişiler sigortalanabilir.
- 15 günlük ile 64 yaş aralığında kişiler ilk girişte sigortalanabilir.
- 64 yaşında ilk kez sigortalanenler 64 yaşından sonra sigortalanamazlar.
- 61 yaşından önce ilk kez sigortalanenler 4 kez üst üste sigorta yaptırmamasının sonunda ömür boyu sigorta yenileme garantisi hakkını elde ederler. Ve yaş şartı aranmaksızın ömür boyu sigortalanabilirler.
- 15 günlük ve 6 yaş aralığında çocuklar en az bir ebeveyninin de sigortalanması şartı ile sigortalanabilirler.
- 6-18 yaş aralığında çocuklar sigorta ettirenin 18 yaş üstü olması şartıyla tek başına sigortalanabilir.
- 25 yaşa kadar olan bekâr çocuklar aile poliçesi kapsamında ebeveynleri ile birlikte sigortalanabilirler.
- 25 yaş üstü kişiler ebeveynleri ile aile sigortası kapsamında sigortalanamazlar, tek başlarına sigortalanabilir.

TEMİNATLAR

Yatarak Tedavi Teminatı

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapıncaya kadar uygulanan ameliyatsız veya ameliyatsız olarak hastanede yapılan yatarak tedavileri (oda / yoğun bakım odası, refakatçinin yatak ve yemek giderleri dahil), kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve ayakta veya yatarak gerçekleştirilmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresi nce tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili giderler, koroner anjiyografi ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT (sağlık uygulama tebliği) kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler yatarak tedavi teminatı kapsamında limitsiz olarak karşılanır.

- Sağlık Bakanlığı triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de yatarak tedavi kapsamında değerlendirilir.
- Yatarak tedaviyi gerektiren hastalıkların poliçe başlangıcı itibarıyla 3 ay bekleme süresi vardır.
- Fakat başka şirketlerden geçiş yoluyla gelen veya mevcut şirketinde ikinci ve sonrası poliçesini yaptıran kişilerde bu 3 aylık bekleme süresi yoktur.
- Fakat sağlık bakanlığı triyaj kapsamına kırmızı alan durumu söz konusu olan ve hayatı tehdit eden hızlı ve acil olarak tedavi edilmesi gerektiren durumlar 3 aylık bekleme süresi dışındadır (örnek: trafik kazası, kalp krizi gibi)
- Poliçe yenilenmediği vakit tedavi masrafları poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün daha karşılanır.

Ayakta Tedavi

Anlaşmalı sağlık kurumlarında yatış gerçekleşmeden sağlanan doktor muayene, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler, sigorta poliçesinin başlangıcı itibarıyla herhangi bir bekleme süresi olmadan ayakta tedavi teminatı kapsamında karşılanır.

- Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde maksimum 10 kez kullanım ile sınırlıdır.
- Muayene esnasında ve sonrasında, o muayene bağlı olarak aynı gün ve sonraki günlerde doktorun talebine bağlı olarak 1 adetten fazla Tetkik, Tahlil, Röntgen, Tomografi vs. yapılsa bile bu durum 1 adet muayene yerine geçerlidir.

Doğum

Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar doğum teminatı alabilir.

Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve "Bekleme Süreleri ve Teminat Hak Edişleri" maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

- Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.
- Gebelik ile ilgili periyodik doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), Ayakta Tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup poliçede belirtilen Gebelik Rutin Kontroller teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.
- Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dâhil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.
- Doğum teminatı bulunan poliçede gebelik ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dâhil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir.
- Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki yıl da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır.
- Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dâhil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekim tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat için poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

- Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.
- Sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.
- **(Yıllık 30 seans) bekleme süresi 3 aydır**

Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Sigorta Şirketi tarafından onaylanması koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kira lama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu teminat sadece anlaşmalı kurumlarda geçerlidir.

- Poliçe yenilenmediği vakit tedavi masrafları poliçe bitişi tarihinden itibaren 10 gün daha karşılanır.
- **(56gün,30bin TL üst sınır)**

Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

- **(30bin TL üst sınır)**

Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe 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, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

- Ayakta Tedavi ve Doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.
- GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylanması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.
- **(5bin TL üst sınır)**

Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna karayolu ile nakli için Müşteri Hizmetlerini araması koşulu ile bu hizmetin verilebileceği bölgelerde Ambulans teminatından yararlanır.

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, sigorta şirketine detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigorta şirketinin onayı ile hasarın gerçekleştiği ülke sınırları dahilinde hava veya deniz ambulans hizmeti sigorta şirketinin tarafından verilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

- **(Limitsiz)**

Check-Up

- Akciğer grafisi tek yönlü, EKG, Tam kan sayımı (18 parametre), Tam idrar testi, Sedimentasyon, Açlık kan şekeri, Total kolesterol ve doktor değerlendirmesi yılda bir kez %100 karşılanır.

Diş Bakımı

- Dik hekimi muayenesi, Diş taşı temizliği ve tek diş röntgen filmi yılda bir kez %100 karşılanır.

Diyetisyen

- Yılda bir kez %100 karşılanır.

Psikolog

- Yılda bir kez %100 karşılanır.

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup Sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca, Sigortacı teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

- Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstehaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri ile 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
- Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
- SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider,
- SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Kurumlarla yapılan protokol dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme ve ilaç, mama, tatlandırıcı, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü

sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcılı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,

- Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç,
- Sigorta/Police başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
- Police başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş 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), Her türlü omurga eğriliği (kifoza, skolyoz gibi), Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Obesite ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri
- Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
- Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
- Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
- Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
- Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansiyel hastalıklar ile ilgili her türlü gider,
- Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider(fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,
- Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombosit Zengin Plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları ve her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
- Herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol amaçlı yapılan tetkikler ve evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
- Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü apacey,
- Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak; Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri, Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşılık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi), Gözlük, lens giderleri
- Ses ve konuşma terapileri,
- HIV virüsüne bağlı hastalıklarla(AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
- Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
- Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,Kısırlık (infertilite) tanı,tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermioyogram, AMH -Anti Müllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler, Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler, Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
- Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler(p enil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
- Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
- Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama gibi) her türlü gider
- Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,
- Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina,
- Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanseri tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
- Policede tercih edilmeyen teminatlar ve policede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri,
- Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar police teminat kapsamı dışındadır.

COĞRAFİ KAPSAM

Police yer alan teminatlar sadece Türkiye'de geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri police kapsamında değildir. KKTC yurtdışı olarak değerlendirilir.