TÜRKİYE PETROLLERİ A.O. PERSONELİ VAKFI

GRUP SAĞLIK SİGORTASI

KULLANIM KILAVUZU

(2024-2025 POLİÇE DÖNEMİ)

SİGORTA KONUSU VE SÜRESİ

Bu grup sigortasının konusu, Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı Personeli Vakfı Yararlananlarına ve sigorta kapsamına aldıkları eşlerine, 65 yaşını aşmamış, sigorta başvurusu Sigorta Şirketince kabul edilen çocuklarına (Üvey çocukları, yasal evlatlıkları dâhil), anne ve babalarına poliçe süresi içinde hastalanmaları ve/veya kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları "Türk Ticaret Kanunu", "Hastalık Sigortası Genel Şartları" ve işbu "Özel Şartlar" çerçevesinde, poliçede yazılı ödeme limit ve oranları dâhilinde temin etmektir. Tedavinin ve tedavi ile ilgili tazminat talebinin poliçe süresinin içinde olması esastır. Ancak poliçe süresi içinde başlamış ve poliçenin bitiş tarihinde de devam eden bir tedavi varsa, sadece bu tedavi ile ilgili olmak kaydıyla, poliçe bitiş tarihinden itibaren 15 gün içinde yapılan tazminat talepleri de teminat kapsamındadır. Tazminat talebinin yazılı olması ve yapılmış tedaviye ilişkin masrafları gösteren belgelerin bu talebe eklenmesi şarttır.

Poliçe Başlangıç Tarihi:	**01/12/2024**	**Saat: 12:00**
Poliçe Bitiş Tarihi:	**01/12/2025**	**Saat: 12:00**

SİGORTAYA GİRİŞ

Grup Sağlık Sigortası sözleşmesinin imzalanmasını takiben; sigortalı adayları, gerek sağlık durumu gerekse yaş ve meslek gibi sigortaya katılmalarında etkili olacak bilgileri içeren Başvuru Formu'nu tam ve doğru olarak doldurup imzalayarak Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı Personeli Vakfı'na, Vakıf ise Sigorta Şirketi'ne iletecektir.

Poliçe başlangıç tarihi 01/12/2024 olan başvurular 31 Aralık 2024 tarihine kadar kabul edilecektir.

31 Aralık 2024 tarihinden sonra başvurarak ilk defa sigorta yaptırmak isteyen yararlananlar ve bağımlıları gün esasına göre prim ödeyerek sigortaya dâhil olabilirler. Yeni girişlerde ve ara dönem girişlerde risk analizi yapılacak ve başvuru formu alınacaktır.

Sigortalıların başvuru formu doldurması sigortaya kabul için esastır. Sigortalıların poliçe iptal istekleri ve poliçeye dâhil edilecek veya çıkarılacak kişilerin bu süre içerisinde bildirilmesi gerekmektedir. **Sigortaya giriş yapıldıktan sonra plan değişikliği yapılamayacaktır.** Eski Sigortalıların kazanılmış haklarının devamı için, sigortaları eski poliçelerinin bittiği tarihten itibaren başlatılacaktır. Sigorta şirketinin değişmesi halinde sigortalının daha önce elde ettiği haklar (ömür boyu yenileme garantisi(öbyg), sigorta süresi ve muafiyetler dâhil) sözleşme kapsamına alınmış sayılacaktır. Sigortalı, sigortasına ara vermiş ve başvuru tarihinde sigortasının başlatılmasını talep ediyorsa kazanılmış haklarını kaybedecektir.

15 günlükten küçük çocuklar ile 64 yaşından büyük kişiler sigortalanamazlar. Anne ve babaların sigortaya kabulünde Sigorta Şirketi, dahiliye doktorundan alınmış ve bedeli sigortalı tarafından ödenecek doktor raporu girişte talep edebilir ve sürprim uygulayabilir.

Yeni doğan bebeğin sigortaya dâhil edilme talebinin Sigorta Ettiren tarafından Sağlık Beyan Formu ile birlikte en geç doğum tarihinden itibaren otuz (30) gün içerisinde yapılması gereklidir. Sigortalının yeni doğan bebekleri, ondördüncü (14.) günden sonra yapılacak risk analizi sonucunda sağlıklı olması durumunda, doğduğu gün itibarıyla sigortalanabilir.

Türkiye Petrolleri A.O. Personeli Vakfı yararlananlarının çocukları olduğu belgelenmek şartıyla tek başına sigorta kapsamına alınabilecektir. Bu kişiler için yapılacak risk analizi sonucunda poliçe kapsamına alınıp alınmama kararı Sigorta Şirketine aittir. Tüm yeni girişler için uygulanan bekleme süresi ve benzeri şartlar aynen geçerlidir.

SİGORTADAN AYRILMA HALİ

Bu grup sigortasından sigorta yılı içerisinde ayrılmak isteyen Vakıf Yararlananları ve bağımlıları, Sigorta Şirketi'nden ayrılmak istedikleri tarihe kadar tazminat geri ödemesi aldıkları takdirde kalan süre primini ödemekle yükümlüdürler. Ayrılmak istedikleri tarihe kadar Sigorta Şirketi'nden tazminat geri ödemesi alınmadığı takdirde ise poliçeleri iptal edilecek, gün esasına göre kalan gün primi iade edilecektir.

Sigorta yılı içerisinde sigortalının vefatı halinde kendisi ve bağımlılarının poliçeleri iptal edilir. Tazminat geri ödemesi almasına bakılmaksızın prim iadesi ya da bağımlıları tarafından sigorta şirketine kalan sürelerin primlerinin ödenmesi söz konusu değildir. Ancak vefat eden Yararlananın bağımlılarının isteği ve Vakıf'ın Sigorta Şirketi'ne ödemeleri garanti etmesi şartıyla poliçeleri, mevcut poliçe şartları ile devam eder.

SİGORTA TEMİNATLARI

Sigorta teminatı aşağıdaki durumları kapsar;

Yatarak tedaviler vaka başına 60 günle sınırlıdır. **60. günden** sonra devam eden yatışlarda Sigorta Şirketinin onayının alınması gerekmektedir.

Ameliyat Teminatı: Tedavinin ameliyatı gerektirmesi durumunda, ameliyata ilişkin ameliyathane, operator, narkozitör, asistans, narkoz, ilaç ve sarf malzemeleri giderleri, kalp pili, kalp kapakçığı ve operasyon içinde kullanılan diğer protezler ile ameliyat ile ilgili diğer giderler ve anjiyografi ve PTCA giderleri poliçede yazılı ödeme limit ve oranı dâhilinde **vaka başına** ödenir.

Suni Uzuv Teminatı: Hastalık ve kaza sonucu gerekli olacak suni uzuv ve rekonstrüktif protezler (suni el, kol, bacak vb.) poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde **vaka başına** ödenir.

Hastanede Tedavi Teminatı: Tedavi ya da gözlem amacıyla bir hastanenin acil servisi veya diğer bölümlerine yatırılma veya gündüz hastane hizmetinden yararlanma, ameliyatsız yatışlara ve/veya sigortalıların yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, kan ve kan plazması dahil gerekli malzeme, oksijen, anestezi, alçı ve dikiş uygulaması, kullanılması hekimce gerekli görülen standart korse ve ortopedik destekleyiciler, bandaj, sargı, pansuman, enjeksiyon ve benzeri giderler, elektrokar-diyografiler, röntgen, MR, tüm diagnostik laboratuar testleri ve hasta bakım hizmetleri giderleri ile **Türk Tabibler Birliği (TTB) tarife kitapçığında 200 birime kadar olan küçük müdahaleler**, yatış olsun olmasın bu teminat kapsamında poliçede yazılı ödeme limit ve oranı dahilinde **vaka başına** ödenir.

Oda-Yemek Teminatı: Hastanede yatılan her tam gün için oda-yemek ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde günlük olarak ödenir. Bu teminat **vaka başına 60 günle** sınırlıdır.

Yoğun Bakım Teminatı: Yoğun bakım ünitesinde geçirilen her tam gün için yoğun bakım hizmetlerine ait giderler poliçede yazılı ödeme limit ve oranı dâhilinde, günlük olarak ödenir. Bu teminat **vaka başına 30 günle** sınırlıdır. 30. günden sonra devam eden yoğun bakımlarda Sigorta Şirketinin onayının alınması gereklidir.

Refakatçi Teminatı: Sigortalıya refakat eden bir kişiye ait oda ve yemek giderleri poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde **günlük** olarak ödenir. Her durumda refakatçı giderleri sigortalı için ödenen günlük oda ücretinin yarısını aşamaz. Bu teminat **vaka başına 60 günle** sınırlıdır.

Acil Ulaşım: Acil durumda sigortalının hastaneye nakli sırasında kullanılan kara ambulansı giderleri poliçede yazılı ödeme limit ve oranı dâhilinde **vaka başına** ödenir.

Aşağıdaki teminatlar Ayakta Tedavi Teminatının alınması durumunda geçerlidir:

Teşhis ve Ayakta Tedavi: Sigortalının hastanede yatarak tedavisi dışındaki doktor, ilaç, röntgen, tomografi, tahlil ile hastalığın tedavisi için gerekli görülen fizik tedavi masrafları Teşhis ve Ayakta Tedavi olarak değerlendirilir.

Doktor Teminatı: Yetkili tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderler **(göz muayenesi dâhil)** poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde **vizite başına** ödenir.

İlaç Teminatı: Muayeneye istinaden doktor tarafından düzenlenen reçetede yazılı farmasotik ürünlere ait giderler reçete, ekli ilaç kupürü ve fiş veya fatura asılları ile belgelenerek poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde **reçete başına** ödenir.

Tek bir reçete yazılması gerekli ilaçlar birden fazla reçeteye yazdırılmak suretiyle limit aşımı yapılamaz.

Görüntüleme Hizmetleri Teminatı: Doktorun, hastalığın teşhisi ve ileri tetkiki için talep ettiği röntgene ilişkin giderler ile tomografi, MR, sintigrafi, endoskopi, odyografi, ve benzeri ileri tetkik giderleri ve bunlarla ilgili kimyasal madde ve ilaçlar poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde **vaka başına** ödenir.

Laboratuar Hizmetleri Teminatı: Doktorun, hastalığın teşhisi ve tetkiki için talep ettiği tahliller ile kimyasal madde ve ilaçlara ait giderler poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde **vaka başına** ödenir.

Fizik Tedavi Teminatı: Hastalığın tedavisi için doktorun gerekli gördüğü fizik tedavilere ait giderler poliçede yazılı ödeme limiti ve oranı dâhilinde **vaka başına** ödenir. Vaka başına ifadesi ile hastalığın tedavisi için sigortalının doktorunun talebi ile alınan fizik tedavi seanslarının bütünü tanımlanmaktadır.

Rehabilitasyon Teminatı: Herhangi bir sebeple çalışma yeteneği azalmış bir uzvu egzersizlerle tedavi sureti ile ona tekrar eski güç ve yeteneğini kazandırma tanımlanmaktadır.

Rehabilitasyon teminatından yararlanabilmek için önerilen tedavi endikasyonlarının gerekçelerinin aşağıdaki tanımlara uygunluğu şarttır.

Bu teminat aşağıdaki durumları kapsar:

i) Nörolojik hastalıkların rehabilitasyonu: Nörolojik gelişmenin yönlendirilmesi, oluşacak nörolojik ve nöropsikolojik sekellerin en aza indirgenmesi, konuşma terapisi, komplikasyonların engellenmesi ve kişilerin bağımsız yaşamasını amaçlar. Serebral ve/veya spinal travma, serebrovasküler olaylar, hemiplejiler, parkinson, multiple skleroz, nörolojik mesane. Nörolojik hastalalıklar sonucu ortaya çıkan spastisite, konjenital olmayan nörolojik kas hastalıkları (Amyotrofik Lateral Sclerosis, Spinal Müsküler Artrofiler, Myopatiler, Müsküler Distrofiler) bu grupta mütalaa edilir.

ii) Ortopedik ve Travmatolojik Rehabilitasyon: Travma ve Ortopedik Ameliyatlar sonrasında rehabilitasyon implante edilen protezlerin kullanımı, kontarktürlerin açılması bu gruptadır.

iii) Romotizmal Hastalıkların Rehabilitasyonu: Romotoid Artrid, Spondiloartrid, Osteortid gibi rahatsızlıkların endikasyon konan rehabilitasyonları bu gruptadır.

iv) Kardiovasküler Ameliyatlar Sonrası Rehabilitasyon: Fiziki ve Psikolojik iyileşme amaçlı olarak 24. aydan sonra geçirilen kardiovasküler ameliyatlar sonrasında limit ve oran dâhilinde ödenir.

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Hastalık Sigortası Genel Şartlarında "Teminat Dışı Kalan Haller'' bölümünde sayılanlar dışında, aşağıda belirtilen durumlar da teminat kapsamı dışındadır:

1. Sigortalı olunmadan önce var olan hastalıklarla ilgili her türlü giderler ile bu hastalıkların periyodik devamlılık ve nükslerinden kaynaklanan giderler,
2. Doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler, organ ve uzuvların ektopileri, tüm anomaliler ve komplikasyonlar, önceden var olan maluliyetten doğan tedavi giderleri,
3. HIV virüsü enfeksiyonları ile ilgili tüm giderler, AIDS ve komplikasyonları,
4. Kanser; Sigorta başlangıç tarihinden sonraki ilk **6 ay** içinde teşhis edilmiş ise her türlü kanserin teşhis dışındaki tüm giderleri kapsam haricidir. 6. Aydan sonra konulan kanser teşhislerinde, teşhis ve ilk ameliyat giderleri teminata dâhildir. 24. Aydan sonra ilk defa konulan kanser teşhisleri müteakip yapılacak müdahale ve ilaç giderleri de yıllık limitsiz ödenir.
5. Kanser rahatsızlığı devam eden ve poliçesini yenileyen mevcut sigortalıların müteakip tüm **müdahale (yatarak ve ayakta tedavide)** ve ilaç giderleri **yıllık 11.000 USD' ına kadar %50 ek prim almak şartıyla karşılanır.** (Tazminat geri ödemeleri fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası Efektif Satış Kuru baz alınarak yapılır).
6. **Yeni sigortalı olan Yararlananın ilk 6(altı) ay içinde teşhis edilen** kalp ve damar hastalıklarının teşhisi için yapılan harcamalar dışında girişim (PTCA ve by-pass gibi) ve ameliyatlara ait tüm giderler karşılanmaz. **6. aydan** sonra kalp ve damar hastalıkları için yapılacak harcamalar girişim ve ameliyatlara ait tüm giderler teminat kapsamı içindedir.
7. **Doğum**, doğuma ilişkin periyodik kontroller ile her türlü kürtaj giderleri (Ancak hamileliğin ilk teşhisinde doktor ücreti Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. tarafından tazmin edilir.),
8. **Kaza Halleri Dışında Septum Deviasyonu Ameliyatı**, sigortalıların sigortalık süresi **kesintisiz 3 yıl(36 Ay)** ise teminat kapsamındadır. Septum operasyonlarında referans hekim uygulaması vardır. Estetik amaçlı suistimalleri önlemek için referans hekime yönlendirme hakkı saklıdır. Yeni girişlerde, Acıbadem Sigorta'da 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş kişilerde, septal deviasyon ve konka hipertrofisi kapsam dahilindedir. Yapılacak ameliyat sonrası nükseden vakalar teminat haricidir.
9. **Bekleme süresi Uygulaması:** Sigortaya yeni giren sigortalıların omuz, kalça ve kalça eklemi, dirsek, ayak bileği eklemine yönelik cerrahi girişimler, diz problemleri(menisküs, tendon, bağlara ait patolojiler ve kondral problemler) karpal ve tarsal tunel sendromları, safra kesesi hastalıkları, üriner sistem taşları, prostat hastalıkları, hidrosel, sistosel-rektosel, tüm fıtıklar, omurga cerrahisi, geniz eti, nazal polip, ventilasyon tüpü, bademcik ve sinüzit ile ilgili operasyon giderleri, varikosel, her tür varis (yüzeysel olmayan varis ile ilgili giderler hariç), anevrizma, hemoroid, anal fissür-fistül, pilonidal sinüs, benign (iyi huylu) tiroid bezi hastalıkları, her türlü benign kist ve kitle, benign rahim ve yumurtalık hastalıkları, glokom, katarakt, retinal deformiteler / patolojiler, hamilelik ve doğum ile ilgili tüm giderler, kalp kapak hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) 9 (Dokuz) aylık bekleme süresi boyunca, kapsam dışıdır. (Trafik kazası sonucu oluşan rahatsızlıklar için kaza tespit tutanağı ile değerlendirilmek kaydıyla bekleme süresi uygulanmayacaktır.)
10. Organ ve kan naklinde vericinin giderleri, organ ücreti ve organın ulaşım masrafları,
11. Kaza sonucu yapılması gerekli görülenler dışındaki her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları,
12. Her türlü kısırlık teşhis ve tedavisi, suni döllenme, kısırlaştırma, kontraseptif yöntemler, zührevi hastalıklar, sünnet(fimozis),

13. Menopozun ve osteoporozun **ilk 12 aylık** giderleri,
14. Yeni doğan bebeğin doğuştan gelen hastalıkları ile kuvöz ve prematüre giderleri,
15. Kuduz ve tetanos dışındaki tüm aşılar ile HBS ve Anti HBS testleri **(0-5 yaş çocukların Sağlık Bakanlığı takviminde yer alan koruyucu aşıları ilaç teminatı kapsamında ödenir.)** ve koruyucu tedaviler (herhangi bir rahatsızlığa yakalanmamak için yapılan aşılar ve ilaçlar vb.) akapuntur tedavileri, bilimselliği kanıtlanmamış tüm tedaviler,
16. Psikiyatrik hastalıklar, epilepsinin teşhisi haricindeki giderleri, psikoterapi, psikolog tedavileri,
17. MS, PARKİNSON, ALZHEIMER, SKOLYOZ ile ilgili giderler,
18. Alerji tedavileri ile tanı sonrası yapılan klasifikasyon amaçlı testler,
19. Sigortalının alkolizm ve uyuşturucu bağımlılığı ile ilgili her türlü giderler, alkol zehirlenmesi, alkol kullanımı sonucu olabilecek hastalık ve kazaların gerektirdiği tedavi masrafları,
20. Tekerlekli sandalye, ortopedik ayakkabı, tabanlık, korse ve diğer ortopedik destekleyiciler(Korse ve ortopedik destekleyicilerle ilgili olarak "Hastane Tedavi Teminatı" hükümleri saklıdır.),
21. Profesyonel lisanslı sporcuların spor müsabakaları ve hazırlıkları sırasında meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmaları,
22. Tüm rutin kontrol ve Check-up'lar ile periyodik kontrol amacıyla yapılan testler, civarda hastalık emarelerine rastlanması sonucu şikâyet olmaksızın yapılan tetkik ve muayeneler, teminat harici aşıların uygulama öncesi tetkikleri (Kişinin check-up teminatı alması durumunda ilgili hakları saklıdır.),
23. Anlaşmalı Kurumlarda yapılacak tedavilerde, tedavinin ilgili sağlık kuruluşu kadrosunda bulunmayan veya kuruluşla dışarıdan anlaşması olan doktorlar tarafından yapılması durumunda, tedavinin yapıldığı anlaşmalı sağlık kuruluşu ile Sigorta Şirketi arasında belirlenen doktor ücretini (**Staff Hekim: Hastanelerin kadrolu hekimlerine "staff hekim" denilir**) aşan kısım,
24. Kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, masaj, diyet, obesite ve kilo alma amaçlı tedaviler ile jimnastik salonları ve zayıflama merkezleriyle ilgili giderler,
25. Çocuk bakımı, çocuk maması, bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili tüketim malzemeleri, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, diş macunu, termometre, enjektör, buz kesesi, sıcak su torbası, tatlandırıcı, hidrofil pamuk ve benzeri yardımcı malzeme giderleri,
26. Tedavi ile doğrudan ilişkisi olmayan özel hemşire masrafları, telefon ve benzeri tüm ekstra harcamalar,
27. İşbu özel şartlarda tanımlanmış olup poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen teminatlara ait tüm giderler.

SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Yurt içinde ve yurt dışında yapılan tüm sağlık harcamaları, tercih edilen planın teminat tablosunda yer alan limitler ve şartlar dâhilinde ödenir.

Yurt dışı tedavilerde acil durum dışında, vaka başına(5 Büyük Hastane veya Acıbadem Sağlık Grubu) emsal bedel uygulaması bulunmaktadır. Yurt dışında yapılan tedavilere ait giderler, yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki **T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınarak poliçede yazılı şartlar ve limitler dâhilinde Türk Lirası olarak ödenir.**

SİGORTA SÜRESİ

Sigorta bir yıl sürelidir. Ancak sigortanın iki yıl üst üste ve kesintisiz olarak yenilenmiş ve 24 ay yürürlükte kalmış olması, sigorta priminin vadesinde ödenmiş bulunması, sigortalının/sigorta ettirenin iyi niyet prensibine aykırı hareket etmemiş olması ve sigortacı tarafından yenileme tarihinde belirlenen tarife ve şartların sigorta ettiren tarafından kabulü halinde sigortalılar ve ailesi müteakip yıllarda da prim ödeyerek ömür boyu yenileme garantisine hak kazanacaklardır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması: Ömür Boyu Yenileme Garantisi(ÖBYG) olmasına rağmen beyansızlığın tespit edilmesi durumunda Sigortacı, yeniden risk analizi yaparak ek şart (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi vb) koyma, ÖBYG'ni ve/veya sigorta poliçesini iptal etme hakkına sahiptir.

Geçişlerde Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulaması: Aksi kararlaştırılmadıkça, önceki sigorta şirketinde bu grup kapsamında sigortalanmış tüm kişi ve varsa bağımlılarının, Sigortacı bünyesindeki poliçe başlangıç tarihi itibarıyla yedi (7) iş günü içerisinde bildirilmesi koşulu ile diğer sigorta şirketindeki kazanılmış hakları (sigortalılık süresi, muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi, vb.) ve ÖBYG hakkı korunacaktır. Ancak, ara dönem geçişlerde, ÖBYG olsun olmasın Kalp ve damar hastalıkları (hipertansiyon, hiperlipidemi, kalp yetmezliği ve kalp kapak hastalıkları dahil), Kanser, Diabet, Böbrek hastalıkları, Organ yetmezlikleri ve organ nakilleri, Multiple Skleroz, SLE (Sistemik Lupus Eritamatosiz), Motor nöron hastalıklar, Her türlü kist-kitle, Karaciğer ve Akciğer Hastalıkları, İmmün sistem hastalıkları ile, operasyon getirecek durumlar ve diğer büyük maliyet getirecek durumlar için risk analizi yapılacak, limit, ek prim, katılım payı vb. uygulamalar söz konusu olarak ÖBYG verilip verilmeyeceği değerlendirilecektir.

SERTİFİKA VE SİGORTALI KİMLİK KARTI

Sigorta Şirketi, sigorta ettirilen her bir Vakıf Yararlananı ve bağımlıları için işbu Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesi ile temin edilen menfaatleri gösteren bir sertifika tanzim ederek bunu en geç bir ay süre içerisinde sigortalıya verir. Sigortalıların nüfus cüzdanları sigortalı kimlik kartı yerine geçecektir.

ANLAŞMALI KURUMLARDA PROVİZYON SÜRESİ

Ayakta Tedavilerde 5 dakika olup Yatarak tedavilerde ise 30 dakikadır. Sigortalının, ilgili hastane işletmeciliğinden provizyonun istenip istenmediğini takip etmesinde yarar vardır. Tıbben acil durumlar hariç anlaşmalı olmayan kurumlarda hastaneye yatmadan önce sigorta şirketi ile bir anlaşmazlığa düşmemek için Ön Onay Formu doldurulmalıdır. Sigorta şirketi alınacak sağlık hizmetleri ile ilgili cevabını (provizyon sonucunu) en kısa zamanda (en geç 12 saat içerisinde) sigortalıya verir.

TAZMİNAT ÖDEMELERİ:

Her sağlık harcamasında **Tazminat Talep Formunun** ilgili doktor tarafından doldurularak ekinde faturalar(doktor muayene ücretleri için alınan kasa fişleri geçersizdir), ilaç reçetesi ve ilaç küpürleri ve diğer ilgili belgelerin asılları ile tazminat talep formunun doldurulmadığı durumlarda hastalık veya yapılan tedavi ile ilgili doktor(epikriz) raporunun asıllarının Sigorta Şirketi'ne gönderilmesi gerekmektedir. Bir tazminatla ilgili tüm belgeler birlikte gönderilmeli ve her türlü tetkik, tahlil, röntgen, ilaç ve benzeri harcamaların doktor talebine istinaden yapıldığı belgelenmelidir. **Vakıf tarafından haftanın bir günü toplanacak tazminat belgeleri Sigorta Şirketine kargo ile gönderilecektir. Kargo bedeli Sigorta Şirketine aittir. Sigorta Şirketi bu tazminatların karşılıklarını sigortalıların hesaplarına belgelerin eline ulaşmasını takiben 5 iş günü içerisinde geri ödeyecektir. Ödeme söz konusu olmaz ise 5 iş günü içerisinde ödememe nedenleri ile birlikte tazminat belgeleri geri gönderilecektir. İhtilafsız ödemelerde, ödemelerin 5 iş günü içerisinde ödenmemesi durumunda sigorta şirketinden aylık %10 gecikme cezası alınacaktır.**

Sigorta şirketinin ilgili mevzuat çerçevesinde yasaklanan teminatları sigorta etmesinden doğan sorumluluk kendisine ait olacaktır. Eğer ödeme yapılmış ise sigorta şirketi iade talebinde bulunamaz.

Tazminat evraklarının Sigorta Şirketi'ne tazminatın gerçekleştiği tarihten itibaren en geç 60 gün içerisinde iletilmesi gerekmektedir.

BEYAN VE İHBAR MÜKELLEFİYETİ

Bu sigorta kapsamında tazminat ödenebilmesi için, Hastalık Sigortası Genel Şartlarının 5'inci, 6'ncı ve 8'inci maddelerdeki beyan ve ihbar yükümlülüklerinin sigortalı ve sigorta ettiren tarafından yerine getirilmesin yanında, tazminat talebinde bulunan kişilerin, sigortalının sağlık durumu ve geçirdiği tedavilere ilişkin tüm bilgi, belge ve kayıtları sigortacının incelemesine sunması şarttır.

(HASARSIZLIK)SAĞLIKLI SİGORTALI İNDİRİMİ VE SÜRPRİM (EK PRİM) UYGULAMASI

Grup Sağlık Sigortası'nın yenilenmesinde poliçe bazında son yılın T/P(Tazminat/Prim) oranının değerlendirilmesi sonucu, yeni yıl primlerinden aşağıdaki şartlarda ve oranlarda indirim yapılır veya ek prim alınır**. 2023-2024 poliçe dönemi** T/P (Tazminat/Prim) oranları **kişi bazında değerlendirilerek 2024-2025 poliçe dönemi** primlerinde fert, eş ve çocuk primlerine aynı oranda indirim veya ek prim yansıtılacaktır..

T/P ORANI	EK PRİM	T/P ORANI	İNDİRİM
%101-%120	%10	**%0-%10**	%35
%121-%150	%20	**%11-%30**	%25
%151-%250	%50	**%31-%50**	%10
%251- Yukarısı	%100	**%51-%75**	%5
		%76-%100	%0

SİGORTA PRİMİ

Sağlık Planı'nda kişi başına yıllık sigorta primi Hastalık Sigortası Teknik Esasları uyarınca hesaplanır. Ek 1'de belirtilen ve Türkiye Petrolleri A.O. Personeli Vakfı yararlananları için hazırlanan sigorta primleridir.

Prim ödemelerinde muhatap Vakıf'tır. Primler her ayın en geç 20'sinde Sigorta Şirketi'nin bildireceği ve Vakıf'la mutabakatı sağlanan ödeme planına göre Sigorta Şirketi'nin ilgili banka hesap numarasına yatırılır.

İLGİLİ YASA VE GENEL ŞARTLAR

"Grup Sağlık" Poliçesi, Türk Ticaret Kanunu'nun ilgili maddeleri ve Hastalık Sigortası Genel Şartları gereğince düzenlenmiş olup, teknik esas ve poliçenin Özel Şartları dışında kalan konular bakımından adı geçen mevzuat hükümlerine tabidir.

SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

Sözleşmenin sona erdiği tarihten bir ay önce taraflardan birinin yazılı talebi üzerine yeni şartlarda anlaşmaya varıldığı takdirde sözleşmenin süresi bir yıl daha uzatılır, aksi takdirde sona erer.

ÖZEL MADDE 1

Bundan sonraki poliçe dönemlerinde, Bupa Acıbadem Sigorta A.Ş. ile Türkiye Petrolleri A.O. Personeli Vakfı ve arasında Grup Sağlık Sigorta Sözleşmesinin Türkiye Petrolleri A.O. Personeli Vakfı ile yapılmaması durumunda, Yararlananlar isterlerse ferdi olarak sigortalanarak, bu yıla kadarki kazanılmış hakları devam edecektir.

ÖZEL MADDE 2

Vakıf, sigorta şirketinin gruptaki vakıf yararlananları ve bağımlılarına ait istenilen tarih itibariyle ve dönem bitiminde kesinleşmiş en son haliyle beher plan seçeneğindeki **(Plan 1- %0, Plan 2-%20 ve %40)** sayıları itibariyle indirim-ekprim veya indirimsiz-ekprimsiz oranlardaki kişi sayısı ve beher planın Tazminat/Prim oranı ile birlikte grubumuzun Genel Tazminat/Prim oranını yazılı olarak talep ettikten sonra, yazılı talebin sigorta şirketine ulaşmasını müteakip sigorta şirketi grubun Tazminat/Prim oranını, **7 iş günü** içerisinde yazılı olarak **doğrudan veya Broker aracılığıyla** Vakıf'a bildirecektir.

Sigortalıların, sigorta ile ilgili bilgilerinin 3. kişilere sunulmasının sigortalıların onayı ile mümkün olduğundan sigortalılardan alınacak muvafakatnameden sonra sigortalı ve bağımlılarına ait Tazminat/Prim oranı ve tazminat detayları yazılı olarak her istendiğinde grubun Tazminat/Prim oranı dâhil **doğrudan veya Brokerlik** aracılığıyla Vakıf'a verilecektir.

Ayrıca gruba ait Tazminat/Prim oranı aylık periyotlarda da verilecek olup, Vakıf yararlananın Grup Sağlık Sigortası başvurusu için dolduracağı talep formuna aşağıdaki örneği yazılı muvafakatname'nin yararlanana(üyeye) imzalatıldıktan sonra başvurular kabul edilecektir.