

"SUDE SÖZEN" TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ

Police No	: 53240357	Başlangıç Tarihi	: 28/02/2023 12:00
Ek Belge No	: 0	Bitiş Tarihi	: 28/02/2024 12:00
Acente No	: 111163	Sigorta Süresi	: 365 GÜN
Müşteri No	: 24156110	Tanzim Tarihi	: 25/02/2023 00:00

Sigortalının Adı Soyadı	: SUDE SÖZEN
Sigortalının Adresi	: SAMANLI Mah. SİRAÇ Sok. AVRASYA APT Dış Kapı No: 15 İç Kapı No: 2 YEŞİLYURT MALATYA TÜRKİYE
T.C. Kimlik No	: 104*****52
Doğum Tarihi	: 31.01.2006

SİGORTANIZIN TEMİNATLARI

LİMİT(TL)

YATARAK	LİMİTSİZ
AMELİYAT GİDERLERİ	40.000
AMELİYAT MALZEMELERİ	LİMİTSİZ
KEMOTERAPİ, RADYOTERAPİ, DİYALİZ	LİMİTSİZ
KÜÇÜK MÜDAHALE	LİMİTSİZ
MEDİKAL YATIŞ	LİMİTSİZ
ODA, YEMEK, REFAKAT	LİMİTSİZ
EVDE BAKIM	30.000
TAHLİL - RÖNTGEN(YATARAK TEDAVİ)	LİMİTSİZ
SUNİ UZUV	30.000
YOĞUN BAKIM	LİMİTSİZ
TIBBİ MALZEME	5.000
AMBULANS	
KAPSAMLI DIŞ PAKETİ	
GÖZ SAĞLIK PAKETİ	
CHECK-UP	

Prim Ödeme Planı (TL)

25/02/2023 617,40

Net Prim : 608,65 TL
BSV : 8,75 TL
Ödenecek Prim (TL) : 617,40

AÇIKLAMALAR VE ÖZEL KOŞULLAR

EK NOTLAR : ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ VERİLMİŞTİR.İŞ BU POLİÇEDE YENİLEME GARANTİSİ VERİLMİŞTİR.

ETHICA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ

1) POLİÇE KAPSAMI

Covid-19 tanılı kişilerin yatarak tedavi teminatı kapsamında talep edilen sağlık giderleri için Aşı Kartı talep edilecektir. Bu kapsamda Covid-19 tanısı almış (test pozitif) kişilerin, Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı ve yerel yönetimlerin tavsiye ettiği aşı ve ileride önerilebilecek tedavi yöntemlerine uygun hareket etmiş olmaları ve Aşı Kartlarını ibraz etmeleri halinde, Covid-19 ile ilgili muayene ve tetkik giderleri (PCR, antikor testleri ve kart testi hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderleri poliçe teminat limitleri dâhilinde değerlendirilecektir.Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı ve yerel yönetimlerin tavsiye ettiği aşı ve tedavi yöntemlerine uygun hareket etmemiş ve Covid-19 tanısı alarak yatarak tedavi ihtiyacı duyulan kişilerin, yatarak tedavi giderleri ise Sağlık Sigortası Genel Şartları Teminat Dışı Kalan Haller maddesi gereğince ödenmeyecektir. Her koşulda, COVID 19 ile alakalı hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri SİGORTA BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN İTİBAREN 14 GÜN BOYUNCA TEMİNATTA DEĞİLDİR."
- Bu poliçe SGK ile anlaşması olan hastanelerde aynı zamanda Ethica Sigorta A.Ş.'nin de bu hastane ile anlaşmalı olması durumunda geçerlidir. Diğer kurumlarda yapılan harcamalar her durumda poliçe kapsamı dışındadır.

Bu sigorta poliçesi, 25/02/2023 00:00'de 2 nüsha olarak düzenlenmiştir.

Surettir.

Police No : 53240357 Sayfa No : 1 / 12



Ethica Tamamlayıcı Sağlık poliçesi, sigorta poliçesinin geçerli olduğu dönem içerisinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, Ethica Sigorta'nın bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ödeyeceği fark ücretlerini, Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan fark tutarlarını, T.C. Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenmiş Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik) ve işbu Özel Şartlara (Özel Şartlar) uygun olarak teminat altına alır.

Ethica Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile ilgili güncel anlaşmalı kurumlar listesine www.ethicasigorta.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Sigortacı, bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/ lar doğrultusunda karşılar.

- Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcaması poliçe kapsamı dışındadır.

Ethica Tamamlayıcı Sağlık poliçesi poliçede belirtilen tarihten itibaren yıllık olarak düzenlenir. Poliçe Türkiye saati ile öğlen saat 12:00'da başlar, belirtilen bitiş tarihinde öğlen saat 12:00'da sona erer. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar. Sigorta poliçesinin kapsamı ancak SGK tarafından sağlık sigortası kapsamı altına alınmış kişiler için geçerlidir. Aksi durumda kişilerin Ethica Tamamlayıcı Sağlık poliçesi kapsamına alınması söz konusu değildir. SGK sağlık sigortası hakkını kaybeden kişiler, Ethica Tamamlayıcı Sağlık poliçesini devam ettirebilir ancak poliçede belirtilen teminat ve haklardan yararlanamazlar. SGK müstehaklığı yeniden başlayan kişiler için iş bu poliçe teminatları ilgili tarihten itibaren yürürlük kazanır.

- Poliçe ekinde teslim edilen poliçe özel şartlarının "**4. Bekleme Süresi**" maddesinde yer alan hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri **SİGORTA BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN İTİBAREN 3 AY BOYUNCA TEMİNATTA DEĞİLDİR.**

Ethica Sigorta, poliçenin yürürlükte olduğu süre içerisinde gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu, SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavileri hakkında kayıt isteme, yerinde tespit ve bilgi alma, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahip olacaktır. Sigortalı poliçeyi satın alarak, kendi sağlık geçmişi hakkında ve mevcut sağlık durumu hakkında bilgi edinmesi için Ethica Sigortayı ya da Ethica sigortanın atayacağı temsilcilerine izin vermiş olur.

- SATIN ALMIŞ OLDUĞUNUZ ÜRÜN AŞAĞIDAKİ ve "5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER" MADDESİNDE YER ALAN HASTALIKLARI İÇERMEMEKTEDİR.

Sigortacının sorumluluğu sigorta priminin peşin ise tamamının, taksitli olarak anlaşılmış ise ilk taksitin ödenmesi ile geçerli olur. Prim tahsilatı peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır.

2) POLİÇEDEKİ TANIMLAR

Poliçe: Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, Sigortalı'nın başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, Sigortacı ile Sigorta Ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir

Sigortacı: İlgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan, Türkiye'de kurulmuş sigorta şirkettir. İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen Ethica Tamamlayıcı Sigorta sağlık sigorta poliçesinde Sigortacı Ethica Sigorta'dır.

Sigortalı: Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan ve poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren: Sigorta sözleşmesini akdeden ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişidir.

Poliçe Başlangıç Tarihi: Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Poliçe, belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12:00'da yürürlüğe girer.

Poliçe Bitiş Tarihi: Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların sona erdiği tarihtir. Poliçe belirtilen tarihte Türkiye saati ile öğlen 12:00'da sona erer.

Poliçe Tanzim Tarihi: Poliçenin düzenlendiği tarihtir.

Özel Şartlar: Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

Risk / Riziko: Sağlık sigortaları için risk, hastalık ve kazalar ile bunların ortaya çıkma ihtimalini artıran fiziksel durumlar, alışkanlıklar vb. koşullardır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar): T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Hastalık: Poliçede belirtilen sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi

durumudur.

Rahatsızlık: Normal bir insanın doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir. (Örnek: baş ağrısı, mide bulantısı gibi)

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık(Önceden Var Olan Hastalık) Sigortalanma öncesinde var olan rahatsızlık/hastalıktır. Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı ve gelişim süreci, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlık ve bunlara bağlı olarak gelişen nüks ile komplikasyonlardır.

İstisna: Poliçe öncesinde mevcut olan ya da poliçe döneminde ortaya çıkan sağlık risklerinin Sigortacı tarafından kapsam dışı bırakılmasıdır.

Komplikasyon: Bir hastalığın seyri, tedavisi sırasında veya sonrasında bu hastalıkla bağlantılı olarak oluşan sağlık durumudur.

Konjenital Hastalık: Kişinin doğuşu ile var olan hastalık, anomali veya fiziksel (organ) bozukluklardır. Bazı durumlarda şikâyetler ilerleyen yaşlarda görülebilmektedir.

Kronik Hastalık: Tamamen geçmesi mümkün olmayan süregelen ya da uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hastalıklardır.

Provizyon: Poliçede tercih edilmiş Anlaşmalı Kurumlar'da yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavi giderlerinin karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur.

Tazminat: Sağlık giderinin poliçe özel ve genel şartları ile teminat limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

Genel Sağlık Sigortası: 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve kanununun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

SGK Katılım Payı: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından belirli işlemlerinde ödenmesi zorunlu tutulmuş olan tutarları ifade eder.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

Sağlık Kurumu: T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri gibi kurumlardır.

Anlaşmalı Kuruluş: Sigortacı'nın Tamamlayıcı Sağlık ürününe özel anlaşması bulunan, Sosyal Güvenlik Kurumu ile (SGK) branş bazında ve /veya tüm branşlarda anlaşmalı hastane, özel tıp merkezi, laboratuvar, poliklinik olarak sınıflandırılmış sağlık hizmeti veren tüzel kişililer ile Sigortacı ile anlaşmalı çalışan, kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) doktorları ifade eder.

Anlaşmalı kuruluşların listesi, Ethica Sigorta Şirketi 'ne ait www.ethicasigorta.com.tr adresli web sayfasında güncel hali ile sunulmaktadır.

Sigorta şirketinin anlaşmalı kurum listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Anlaşmasız Kuruluş: Anlaşmalı Sağlık Kurumlar listesinde yer almayan özel ve tüzel kişiler ile Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu bünyesinde çalışmasına rağmen anlaşma şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen doktorlar veya SGK ile anlaşması bulunmayan kurum, branş ve doktorlar veya bu listede bulunduğu halde poliçe ve /veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane laboratuvar, poliklinik, tıp doktorlarını ifade eder.

Ek Belge: Poliçenin yürürlüğe girmesinden sonra ortaya çıkan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olan, son durumu gösteren ek sigorta sözleşmesidir.

Prim: Sigortacı'nın sözleşme ile Sigortalı'ya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere Sigorta Ettiren'den aldığı ücrettir.

Teminat: Sigortacı'nın Sigortalı'ya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

Fark Ödeme/ilave Ücretler: Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları; SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/ sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

Limit: Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık brüt tazminat tutarıdır. Brüt limit, Sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat ile sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım paylarının toplamıdır.

Ödeme Yüzdesi: Poliçede her bir teminat için belirtilen ve Sigortacı'nın ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı: Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

Rücu: Sigortacının ödediği tedavi masraflarını, halefiyet uyarınca tedavi masraflarının oluşmasında

sorumluluğu bulunan üçüncü şahıslardan talep etme hakkıdır.

Triyaj Uygulaması: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı - agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

3) POLİÇE TEMİNATLARI

Sigortacı, bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisnalar doğrultusunda karşılar.

3.1 Yatarak Tedaviler

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılincaya kadar uygulanan yatarak tedaviler (standart tek kişilik oda için bir adet refakatçinin yatak ve yemek giderleri dahil) ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Şu kadar ki;

Yatarak tedavi teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir; Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi, SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması, SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Ethica Sigorta'nın sigortalının tedavi göreceği branş adına

Ethica Tamamlayıcı Sigorta anlaşmasının olması, Tedavi talep edilen rahatsızlığın Ethica Tamamlayıcı Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olmasıdır.

Triyaj uygulamasında Kırmızı alan kapsamındaki tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Yatarak Tedavi teminatı: Sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, suni uzuv, tıbbi malzeme, kara ambulans giderleri ile küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar (maddeyi böyle de ifade edebiliriz)

3.1.1 Evde Bakım ve Tedavi

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

3.1.2 Suni Uzuv (Yıllık)

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 koyulma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

3.1.3 Ambulans

Sigortalının kaza, yaralanma veya hastalanması sonucunda hayati tehlike gösteren acil durumu nedeniyle bulunduğu yere en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için yapılacak ambulans (kara ambulansı) giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Sigortalının acil durumu nedeni ile, detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigortacının onayının alınmasını takiben en yakın tedavi merkezine Anlaşmalı Kara Ambulansı ile nakli kapsam dahilindedir.

Sigortalının bu hizmetten yararlanması için poliçe üzerinde belirtilen 7/24 ulaşılabilen ACİL TIBBİ DANIŞMA ve AMBULANS HATTI'nı aramaları gerekmektedir. Bu teminat yalnızca yurtiçinde geçerlidir.

3.2 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 teminatı kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminat varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

3.3 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

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.

4) BEKLEME SÜRELERİ

4.1 Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlarla ilgili müdahale ve yatarak tetkik/tedavi giderleri ile tüm fizik tedavi giderleri rahatsızlığın ani veya kaza sonucu ortaya çıkmasına bakılmaksızın, sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışındadır.

- Tonsillit, geniz eti, kulak zarı cerrahisi ve tüp uygulaması, sinüs cerrahisi
- Katarakt, glokom, keratoplasti, retina hastalıkları
- Tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları,
- Her türlü fıtık, (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.),
- Her türlü disk hernisi, her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (meniskus, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habituel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), ayak bileği eklem bağ hastalıkları vb), her türlü tuzak nöropati, higroma, gangliyon, trigger finger hastalıkları omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemler
- Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları, böbrek yetersizliği, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları, üriner sistem taşlı hastalıkları, prostat (TUR dahil) mesane rahatsızlıkları, nefrit, her türlü varis, varikosel, hidrosel, spermatozel ve kordon kisti,
- Karaciğer, Safra kesesi ve safra yolu hastalıkları,
- Anorektal hastalıklar, (pilonidal sinüs, hemoroid, fissür, fistül, anal apse vb),
- Rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriozis, sistosel, rektosel, prolapsus uteri, myoma uteri ve meme hastalıkları
- Organ yetmezlikleri, organ nakilleri ve bunların komplikasyonları
- Her türlü kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, KOAH, astım vb.), tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar (multiple skleroz, romatoid artrit vb.), inflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn vb.), felç, epilepsi, sarkoidoz tanısı ve tedavilerine yönelik girişimler.
- Her türlü kitle (tümör, lipom, verrü, nevüs, polip, nodül vb.), kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.) ile ilgili sağlık harcamaları,

5) TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup Sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca, Sigortalı 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 Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. 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 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
2. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
3. Deprem, sel, yanardağ püskürmesi, yer kayması ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 2 nci maddesinin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.
4. 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,
5. 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, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi

malzemeler,

6. Yeşil alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç,

7. Sigorta/Police başlangıç tarihinden önce var olan mevcut şikayet/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık giderleri bunlara bağlı nüks ve komplikasyonları,

8. 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 eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),

- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,

- Obezite ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri

Sebebi ne olursa olsun her türlü bariatrik cerrahi yöntemleri (gastrik by-pass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb)

9. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,

10. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,

11. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,

12. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,

13. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansiyel hastalıklar ile ilgili her türlü gider,

14. 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,

15. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, her türlü meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim (police şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi operasyonu sonrası uygulanan meme ucu rekonstrüksiyonu hariç), estetik amaçlı aşı,

enjeksiyon ve tedaviler; PRP (Platelet Rich Plasma) uygulamaları, terleme tedavisi, jinekomasti, telenjiyektazi, cilt hemanjiyomlarına yönelik tedaviler, ksanteleza, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, sklerozan tedaviler vb) ,police öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,

16. 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,

17. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü apacey,

18. 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, gözlük, cam, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile ilgili giderler, şaşılık, görme tembelliği ve bunlarla ilgili giderler,

19. Ses ve konuşma terapiler

20. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler.

21. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri ile cinsel yolla bulaşan tüm hastalıklara ilişkin giderler (frengi, bel soğukluğu, kasık granülomu, genital herpes ve genital siğiller,genital ve anal molluscum contagiosum vb.)

22. Her türlü sünnet giderleri ve fimosiz tedavisi,

23. 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, spermiyogram, 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 (doğum ve gebeliğe ait her türlü komplikasyon ve giderler)

24. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),

"25. Amatör olarak ve/veya hobi amaçlı yapılmış olsun belirtilen ve benzeri tehlikeli spor faaliyetlerinde

meydana gelebilecek hastalık ve veya sakatlıklar ile ilgili sağlık harcamaları teminat dışıdır; dağcılık, kayak vb kış sporları, kayak, paten, parkur koşuculuğu -free running, savunma ve dövüş sporları, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, base jumping gibi yüksekten atlama sporları, kiteboarding, kitesurfing gibi uçurtma ile yapılan sporlar , tüplü su altı dalış, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları vb.Ayrıca profesyonel sporcuların antrenmanları veya müsabaka katılımları sırasında veya sonucunda meydana gelebilecek hastalık ve veya sakatlıklara ilişkin sağlık giderleri teminatta değildir. Kurye/dağıtım amaçlı ve benzeri motosiklet kullanımları sırasında meydana gelebilecek sağlık harcamaları teminat dışıdır. Yine elektrikli bisiklet kullanım sonucu oluşan sağlık harcamaları teminata girmemektedir."

26. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama gibi) her türlü gider

27. 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,

28. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina,

29. 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 (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),

30. Poliçede tercih edilmeyen teminatlar ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri,

31. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması 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 poliçe kapsamında değildir.

32. Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,

33. Bir poliçe döneminde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri ve suni uzuv için poliçede belirtilen limiti aşan giderler,

34. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,

35. Anlaşmasız Ambulans ücretleri (şehir içi ve şehir dışı dahil)

6) COĞRAFİ KAPSAM

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

7) TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Poliçe teminat limit ve iştirak oranında geçerli olup gerek teminat limiti gerekse iştirak oranını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Ethica Sigorta A.Ş. ile işbu ürün için anlaşmalı olmayan kurumlarda veya anlaşmalı kurumlarda dahi olsa provizyon alınmadan yapılan her türlü harcama, olayın acil veya kaçınılmaz olup olmamasına bakılmaksızın kesinlikle teminat kapsamı dışındadır. Ayrıca, poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamı dışındadır.

Ethica Sigorta'nın iş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.ethicasigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

8) TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Yatarak tedavilerde anlaşmalı kurumlara ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta şirkettir. Sigortalı'nın kendi inisiyatifi ile veya provizyon almaksızın yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Ethica Sigorta ile anlaşmalı olmayan, fakat SGK anlaşması olan sağlık kurumlarında sigortalının aldığı sağlık hizmetleri; GSS tarafından onaylanmış olması ve Yatarak Tedavi Teminatına girmesi halinde, belgelenen fark faturaları ve raporları ile birlikte başvurulması halinde, poliçede belirtilen harici kurum limitine kadar sonradan geri ödeme için değerlendirilir. Ancak;

a. Ayakta Tedavi ve Doğum teminatı kapsamındaki hizmetler hiçbir şekilde karşılanmaz.

b. Genel Sağlık Sigortası kanununda `İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen aşağıdaki sayılı sağlık hizmetleri, risk tarihindeki güncel liste dikkate alınarak hiçbir şekilde karşılanmaz:

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

8.1 Halefiyet (Hakların Devri) ilkesi

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği Ethica Sigorta A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanabilmesi için sigortalı, Ethica Sigorta A.Ş.' ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamalıdır.

8.2 Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

Ethica sigorta, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir. Sigortalı bu durumu peşinen Kabul etmiş sayılır.

9) SIGORTANIN YENİLENMESİ

Sigortacı, ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerde değişiklik yapılabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 30 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 30 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran bir müşteri olarak kabul edilir.

Yenilemede risk değerlendirme sonucu; katılım protokolü, muafiyet, üst limit, ek prim uygulanabilir, poliçe yenilememe kararı verilebilir.

Ethica Sigorta'da kesintisiz olarak 3 yıllık (aynı planda) sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 59 yaşında olan sigortalılar Yenileme Güvencesi için değerlendirilirler. Sigortalıların Ömür Boyu Yenileme Güvencesi değerlendirmesine tabii olması için ise Ethica Sigorta'da kesintisiz olarak 5 yıllık (aynı planda) sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 59 yaşında olmaları gereklidir. Yapılan değerlendirme sonucu sigortalının sağlık durumu ve/veya sağlık kullanım alışkanlıkları uygun bulunan sigortalılar Yenileme Güvencesi ya da Ömür Boyu Yenileme Güvencesi kazanabilirler.

Ethica Sigorta'ya başka bir sigorta şirketinden geçmiş ve geçiş esnasında Ethica Sigorta tarafından değerlendirilerek geçiş olarak kabul edilmiş sigortalılar için, yine aralarında 1 aydan fazla boşluk verilmemek kaydı ile, Yenileme Garantisi değerlendirme süresi asgari 2 yıldır.

Başka sigorta şirketlerinden Ethica Sigorta'ya geçiş yapılarak gelen sigortalılar için eğer geçiş yapılan poliçelerinde Yenileme Garantisi ya da Ömür Boyu Yenileme Güvenceleri varsa Ethica Sigorta Ömür Boyu Yenileme Güvencesi değerlendirme süresi ilave 2 yıldır. Eğer geçiş yapılan poliçelerinde Yenileme Güvencesi ya da Ömür Boyu Yenileme Güvencesi yoksa Ömür Boyu Yenileme Güvencesi değerlendirme süresi ilave 5 yıldır.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

- Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan tamamlayıcı sağlık sigortalarında 'Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi' verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primlerini tekrar değerlendirebilir.

- Şirketimizdeki tamamlayıcı sağlık sigortalarında 'Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi' hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi ve/veya istisna uygulamak sureti ile tamamlayıcı sağlık sigortalarında 'Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi' hakkı verebilir. Ethica Sigorta Yenileme Güvencesi hakkı verilen sigortalılar için her yıl risk değerlendirme hakkına sahiptir. Sigortalılık dönemi içinde riskler için hastalık ek primi ve/veya istisna uygulanabilir.

- Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir.

Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi hakkı kazanan sigortalının biten poliçesinden farklı bir ürüne geçiş veya teminat artışı talebi olması halinde, bu talep sigortacı tarafından değerlendirilir.

Sigortalının ürün değişiklik talebi sırasında 59 yaşından büyük olması veya risk açısından uygun bulunmaması durumunda, daha kapsamlı ürüne geçiş yapamaz.

Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi hakkı kazanan sigortalının son kullandığı ürün, yenileme esnasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise, teminatları paralel olan başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda Ömür Boyu Yenileme Güvencesi hakkı saklı tutulur.

Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukları, dahil oldukları poliçe döneminden itibaren üç tam yılı tamamlamalarını müteakip ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Güvencesi ya da Yenileme Güvencesi için değerlendirmeye alır. Bu değerlendirmede, sigorta başlangıç tarihi ile üç yılın tamamlandığı tarih arasındaki sağlık riskleri dikkate alınır.

Sigortacı, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi verdiği sigortalıya, yenilenen poliçe tarihinden itibaren geçerli olmak ve tüm portföye uygulamak kaydı ile özel şartlarını güncelleyerek değiştirme hakkını saklı tutar. Ancak, sigortalının bu güvenceyi aldıktan sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları arttırılmaz.

Yenileme Güvencesi verilen sigortalılar için ise her bir yenileme döneminde ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılabilir, teminat limitleri düşürülebilir, sigortalı katılım payları arttırılabilir.

10) PRİM TESPİTİ

Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, 'Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler, medikal enflasyon gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir. Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Ürün fiyatları gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Sağlık Tarife Primi'ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla dört katıyla sınırlıdır.

Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

11) YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerli olacaktır. Bireysel ürünlerde her poliçe altında sadece bir kişi bulunabilir. Sigortaya ilk girişte, doğum tarihinden itibaren 30 günü tamamlamış bebekler ile en fazla 55 yaşında kadar olan bireyler sigortalanabilir. Yaş hesabında yıl farkı dikkate alınır. 6 yaşına kadar bebek ve çocuklar, en az bir ebeveyni ile birlikte sigorta kapsamına alınabilir. İlk girişte 55 ve altında olan kişiler için, kesintisiz devam etmek kaydı ile sonraki yıllar için yaş kısıtı yoktur.

Sigortaya kabul için asgari sağlık şartı aranmaktadır. Bu nedenle ilk sigortalılık tarihi öncesinde aşağıda listelenmiş olan ve Yüksek Risk grubunda yer alan hastalıklardan herhangi birini geçirenler sigortalanamaz. Sigorta yapılmış olsa dahi geçersiz kabul edilir ve mebdenden iptal edilir. Bunlarla ilgili hiçbir tazminat ödenmez, ödenenler rücu geri alınır.

Bu hastalıklara sahip ya da şüphe ile tetkik edilmiş olan kişiler, son durum raporları ile başvurdukları takdirde değerlendirme yapılacaktır.

Yüksek Risk Grubu Hastalıklar:

Her türlü kanser, kötü huylu/seyirli tümör/hastalıklar ile tanısı konulmamış kitleler, Organ yetmezlikleri, eksiklikleri, anomalileri ile organ nakil hastaları (örnek: Böbrek, Karaciğer, Kalp, Pankreas vb.), Kronik Akciğer, Kronik Karaciğer ve Kronik Böbrek Hastalıkları (örnek: Aktif Verem, Sarkoidoz, Kronik bronşit, Amfizem, Hepatitler, Siroz, Nefrotik Sendrom, Polikistik böbrek, Atnalı böbrek vb.), Kalp ve damar sistemi hastalıkları (örnek: Doğumsal Kalp Hastalıkları, İskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopati, kalp ritm ve ileti bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, kontrolsüz hipertansiyon vs.), Damar hastalıkları (örnek: Vaskülitler, Anevrizmalar, Malformasyonlar vs.), Kas-iskelet-Sinir Sistemi Hastalıklar (örnek: Multiple Skleroz, Felç, Alzheimer, Parkinson, Serebral Palsi, Myastenia Gravis, Müsküler Distrofiler vb.), Kronik sindirim sistemi hastalıkları (örnek: Ülseratif kolit, Crohn, Pankreatit vs.), Psikolojik Hastalıklar ve Gelişme Geriliği (örnek: Psikozlar, Major Depresyon, Bipolar bozukluklar, Mental ve motor gelişme gerilikleri vb.), Alkol, uyuşturucu ve madde bağımlılığı, Metabolik ve Endokrin Hastalıklar (örnek: Şeker Hastalığı (Tip 1 Diabet, Kontrolsüz Tip 2 Diabet), Addison, Cushing, Obezite vs.), Travmaya ve/veya ameliyata bağlı kalıcı beyin, omurilik hasarı, multiple travma ve ciddi yanıklar, Kan-kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (örnek: hemofili, polisitemi, trombositopeni vs.), Romatizmal ve kollajen doku hastalıkları (örnek: Romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, FMF, amiloidoz vs.), Bağışıklık sistemi bozuklukları (örnek: AIDS, Immünglobülin ve kompleman eksiklikleri). Doğumsal, Genetik-Ailevi Hastalıklar (örnek: Protein, Karbonhidrat, Lipid metabolizma bozuklukları, MEN Sendromları, Kistik Fibrozis, Polipozis vs.)

12) GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIS HAKLAR

Sigortalı'nın başka şirketten gelerek Ethica Tamamlayıcı Sağlık Sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Şirketimize başvurulmalıdır. Önceki sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunmalıdır. Sigortacı sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, şirketimizdeki geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

13) SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde ödeme yapılmayan vade tarihini takip eden 15 günün sonunda poliçeye provizyon ve hasar girilmesi sistemden otomatik olarak engellenir ve sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde Türk Ticaret Kanunu maddeleri doğrultusunda cayabilir.

İptal işlemi aşağıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre yapılır. Sigortalıya tazminat ödenmemişse sigortalının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır. Sigortalının ödediği prim tutarı hak edilen primden fazla ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortalının hak ettiği primden az ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortalının hak ettiği primden fazla ise sigortalının ödediği prim ile ödenen tazminat arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

Sigorta ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini sigortacıdan talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde yukarıdaki kurallar doğrultusunda gün

esasına göre işlem yapılır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır.

13.1 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Yatarak Tedaviler ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin başka aynı veya başka bir ürün veya sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili hastalık için istisna uygulanan poliçede, bu tedaviler ile ilgili teminatın süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

14) SİGORTA ŞİRKETİNE İBRAZİ GEREKEN BELGELER

Herhangi bir sağlık problemi halinde Yatarak Tedavilerinizde provizyon sistemi çalışacak olup, aşağıdaki teminatlarla ilgili masrafların limitleri dahilinde Şirketimiz tarafından tazmin edilebilmesi için 'Tazminat Talep Formu' ekinde ibrazî gereken belgeler aşağıdadır.

Yatış / ameliyat epikriz raporu, anamnez raporu, patoloji raporu, görüntüleme ve tetkik sonuçları, GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait; SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (örnek: E-Devlet - Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü).

Suni uzuv ve Tıbbi malzeme faturaları için bu döküm yerine, doktor raporu ve sigortalı adına düzenlenmiş detaylı faturanın aslı gereklidir.

Evde Bakım Teminatı için: Hastanede sigortalının tedavisini üstlenen doktorun gereklilik raporu ve evde tedavi şeması ve yapılan tedavi ve bakımlara ait kişi adına düzenlenmiş dökümlü fatura ve günlük izlem raporu, Trafik kazası ve diğer her türlü adli olayda, sigortalı anlaşmalı hastanelerde provizyon sistemi kapsamında dahi başvurursa; adli merciler tarafından oluşturulan belgeler sigortalı veya vekilleri tarafından temin ederek sigortacıya iletilmedikçe, olaylar teminat kapsamında değerlendirilmeyecek, geçici ya da kesin onay verilmeyecektir.

- Ehliyet (sigortalı sürücü ise),
- Trafik kaza tespit tutanağı,
- Alkol raporu,
- Olay yeri tespit tutanağı,
- Adli hekim raporu,
- Savcılık takipsizlik kararı,
- İşyeri kaza tespit tutanağı vb.

5. Diğer Bilgiler

1. Diş Paketi :

Diş paket ürünümüz lokasyonunuza göre yönlendireceğiniz ve sadece bu teminat için anlaşma sağladığımız kurumlar için geçerli olacaktır. Diş teminatında hakkınızı kullanabilmeniz için **0850 888 09 09** numaralı hattımızdan Diş paket kapsamında yararlanmak için randevu almanız gereklidir. Bu teminat ancak randevu alınması ve Ethica Sigorta'nın anlaşmalı kurumlarında, organizasyonun Ethica Sigorta tarafından sağlanması durumunda geçerli olacaktır. Diş paketi poliçe başlangıcından itibaren 3 ay sonra kullanılabilir. (Vade boşluğu olmaksızın Ethica Sigorta'nın yenilemesi olan poliçelerde bekleme süresi uygulanmayacaktır.) Diş paketindeki hakların devri için çerçeve aşağıdaki biçimde belirlenmiştir. Poliçede belirtilen Sigortalı'nın 1. derecedeki yakını aşağı doğru soy kabul edilerek, eş ve çocuklardan biri tarafından sigortalı yerine kullanılabilir. Bu bilgiyi doğrulaması destek hizmet sağlayıcı firma tarafından TCKN bilgileri üzerinden otomatik olarak sağlanacaktır. Diş paket ürünü sadece acil durumda geçerli Diş Paket Ürünü ; Diş Teminatı, Dolgu Hizmeti, Diş bakım paketinden oluşmaktadır. Hizmet detayları aşağıdaki gibidir.

1a. SADECE ACİL DURUMDA GEÇERLİ DİŞ TEMİNATI

Tıbbi veya Kaza sonucu oluşan ve tıbben acil olarak müdahale edilmesi gereken diş rahatsızlıklarında, ağrı veya tıbbi tehlikeyi ortadan kaldırıp hastayı stabil hale getirinceye kadar gereken geçici (PALYATİF) tıbbi müdahale işlemlerini kapsamaktadır. İlgili olaya bağlı olarak devamı gereken KALICI tedaviler kapsam dışındadır. Sigorta ürünü olduğu için bir sigorta şirketi gerekmektedir. Tüm operasyon tarafımızdan yapılacaktır. Yıllık max 300 TL limit ile acil durumlarda, adet sınırı olmaksızın,

Diş hekimi muayenesi

Diş röntgen filmi

Lokal Anestezi

Amalgam/Kompozit Dolgu

Kuafaj (dolgu altı koruma izolasyonu)

Kanal ekstirpasyonu (kanaldaki sinir dokusunun çıkarılması ve diş dokusunun (pulpa) temizlenmesi)

Kanal dolgusu sökümü

Surettir.

Poliçe No : 53240357

Sayfa No : 10 / 12

Hareketli protezde kroşe ve/veya diş ilavesi
Tamir (Akrilik Protezler, Kırık veya Çatlak)
Düşmüş Kron ve Köprü Simantasyonu (yapıştırma)
Diş Çekimi
Komplikasyonlu Diş Çekimi
Alveolit Cerrahi Tedavisi (diş çekim alanı iltihabı tedavisi)
Kanama Müdahalesi (Basit/Dikişli)
Apse Tedavisi/Drenajı
Stomatit (ağız içi aft, yara) Tedavisi

1b.DOLGU HİZMETİ

Acil Diş sigortasına ek olarak yılda bir kez %50 katılımlı dolgu hizmeti karşlanır.

1c.DİŞ BAKIM PAKETİ

Diş hekimi muayenesi
Diş taşı temizliği (Detertraj alt ve üst çene)
Gerekirse röntgen filmi
Türkiye de randevu organizasyonu

2.Göz Sağlık Paketi

Kapsamlı göz sağlık paket ürünümüz lokasyonunuza göre yönlendireceğiniz ve sadece bu teminat için anlaşma sağladığımız kurumlar için geçerli olacaktır. Kapsamlı göz paket teminatında hakkınızı kullanabilmeniz için **0850 888 09 09** numaralı hattımızdan randevu almanız gereklidir. Bu teminat ancak randevu alınması ve Ethica Sigorta'nın anlaşmalı kurumlarında, organizasyonun Ethica Sigorta tarafından sağlanması durumunda geçerli olacaktır. Kapsamlı göz paketi poliçe başlangıcından itibaren 3 ay sonra kullanılabilir. (Vade boşluğu olmaksızın Ethica Sigorta'nın yenilemesi olan poliçelerde bekleme süresi uygulanmayacaktır.) Göz paketindeki hakların devri için çerçeve aşağıdaki biçimde belirlenmiştir. Poliçede belirtilen Sigortalı'nın 1.derecedeki yakını aşağı doğru soy kabul edilerek, eş ve çocuklardan biri tarafından sigortalı yerine kullanılabilir. Bu bilginin doğrulanması destek hizmet sağlayıcı firma tarafından TCKN bilgileri üzerinden otomatik olarak sağlanacaktır. Kapsamlı göz paketi; Göz paket anlaşmalı networkündeki hastanelerde 15.-TL ye kadar katkı alınması koşulu ile poliçe vadesinde 1 defa göz muayenesi, Göz ölçümleri ve Göz Dibi Muayenesi (ilaç damlatılarak retina muayenesi) hizmetleri sağlanır.

3.Check-up

Check-up hizmeti; Doktor Muayene, Akciğer Grafisi Tek Yönlü, EKG, Tam Kan Sayımı (18 Parametre), Tam İdrar Testi, Sedimentasyon, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol tetkiklerini kapsar.

Bu hak yılda 1 kere ile sınırlıdır.

Bu hizmetten sadece sigortalı faydalanabilir ve Ethica Sigorta Destek Hattı'nı (0 850 888 0909) arayarak randevu alınması gerekmektedir.

Randevusuna katılamayacak olan sigortalımızın 1 iptal ve 1 güncelleme hakkı bulunmaktadır.

İptal ve güncelleme işlemleri, talep edilen veya kesinleşen randevu tarihinden en geç 1 iş günü öncesinde çağrı merkezimizi arayarak yapılabilmektedir.

En geç 1 iş günü öncesinden iptal veya güncelleme işlemi yapılmamış olup ilgili randevuya katılmama durumunda ise hizmet hakkı kullanılmış olarak sayılacaktır.

Sigortalı check-up anlaşmalı kurumları arasından tercih ettiği kurumu belirterek check-up için randevusunun alınmasını sağlar.

Check-up, yalnızca sigorta şirketinin check-up anlaşmalı kurumlarında geçerlidir.

Check-up hizmeti poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra kullanılabilir. (Vade boşluğu olmaksızın Ethica Sigorta'nın yenilemesi olan poliçelerde bekleme süresi uygulanmayacaktır.)

Ethica Sigorta A.Ş.'nin ticaret sicil numarası 19468-5'tir.

İşbu poliçe, poliçede belirtilen genel şart veya poliçede yer alan açıklamalar ve özel şartlar çerçevesinde düzenlenmiş olup, ekli genel şartlar ile birlikte teslim edilmiştir. Tüm genel şartlar www.ethicasigorta.com.tr adresinden internet ortamında da temin edilebilir.

Önemli Uyarı: Adres ve diğer iletişim bilgileri Sigortalı'nın beyanı doğrultusunda poliçeye yazılmış olup sigortacı tüm yazışma ve diğer iletişimlerinde bu bilgileri kullanacaktır. Sigortacının sorumluluğu; sigorta priminin peşin ödenmesi kararlaştırılmış ise tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksitinin ödenmesi ile başlar. Prim ödeme planında belirtilen vadeler kesin olup prim taksitlerinden birinin ödenmemesi temerrüdü doğurur.

Temerrüd halinde TTK'nın 1434. maddesi hükümleri geçerlidir.

Sigortalı ya da menfaat sahibi olan kişiler Sigortacılık kanunu kapsamında, 14.02.2011 tarih ve (2011/5) sayılı genelgede belirtilen usuller çerçevesinde talep etmeleri halinde--Eksper Atama ve Takip Sistemi' üzerinden eksper atayabilirler. Sigorta eksperinin Sigorta Ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler tarafından tayin edilmesi halinde, ekspertiz ücreti 6102 sayılı Türk Ticaret Kanununun 1426 ncı maddesinin birinci fıkrası çerçevesinde karşlanır.

Lütfen yetkili acenteden alacağınız makbuzu poliçenizle birlikte saklayınız.

Kişisel Veriler Kanunu Kişisel Veri Beyanı Klozu:

Sigortacı, veri sorumlusu sıfatıyla kişisel verilerin işlenmesi ve aktarımı süreçlerinde, verilerin hukuka aykırı olarak kullanılmasını önlemek, muhafazasını sağlamak ve mevzuat uyarınca uygun güvenlik düzeyini sağlamak için gerekli tüm tedbirleri almaktadır. Kişisel veriler, sigortacılıkta risk değerlendirmesi yapılması, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve kişiye özel fırsatların geliştirilebilmesi için işlenmekte, Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde yetkili acenteler, reasürörler, eksperler, asistans şirketleri, aktüerler, destek hizmet sağlayıcıları ve Kamu kurum ve kuruluşları ve sair ilgili kişi ve veya kurumlara aktarılabilmektedir. Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir. Sağlık ve cinsel hayat dışındaki özel nitelikli kişisel veriler, kanunlarda öngörülen hâllerde ilgili kişinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, bu poliçeleri satın alarak risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Kişisel veriler işleme amacı dışında kullanılmamakta ve rıza yahut ilgili mevzuatta öngörülen bir diğer sebep olmaksızın 3. kişilere aktarılmamakta ve/veya ifşa edilmemektedir. Sigortacılık Kanunu ve diğer mevzuat hükümleri çerçevesinde ilgili kişi ve veya kurumlar, Kamu kurum ve kuruluşları ve yargı mercileri ile paylaşılması zorunlu olan bilgiler son cümleden muaftır. Sigortalı/ sigorta ettiren iş bu sigorta poliçesini / teklifini almakla bilerek ve kendi rızası ile kişisel bilgilerinin Ethica sigorta tarafından bu kloz hükümleri ve kanun çerçevesinde kullanabilmesine peşinen kabul ettiğini beyan etmiştir.

"Sigortacılık faaliyetleri kapsamında kişisel verilerinizi elde etmekte ve işlemekteyiz. Kişisel verilerinizin hangi amaçlarla işlendiğine ilişkin detaylı bilgileri için Ethica Sigorta Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Aydınlatma Metnini acentemizden edinebilir ya da 0850 888 09 09 numaralı hat üzerinden dinleyebilir ya da <https://www.ethicasigorta.com.tr/> adresinden dijital olarak inceleyebilirsiniz."

Sigortacı veya acentenin kaşesi
ETHICA SİGORTA A.Ş.
MODÜLER SİGORTA ARACILIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ. - 1015 - 1015
Acente Levha Kayıt No: T15127-UAAY
Tel.: 3224080808 Fax.: info@modulersigorta.com.tr
Teknik Personel : 200944764 GÖKHAN SÖZEN

Sigorta ettirenin adı, soyadı, imzası