

MetLife Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları

Madde 1 - Sigortanın Konusu ve Kapsamı

İşbu sigorta Madde 3'te belirtilen teminatlar ve özel şartlar kapsamında, sigortalının sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait sigorta süresi içinde gerçekleşen sağlık giderlerini;

- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu ve buna ilişkin GSS kapsamında, sigortacının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleriyle ilgili ilave ücret tutarlarını,
- Sağlık hizmet sunucusuyla 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

Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik) ve Özel Şartlar'a (Özel Şartlar) uygun olarak teminat altına alır.

Bu sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış ve GSS hak sahipliği olan kişiler için geçerli olup GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, GSS hak sahipliği aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

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.

Madde 2 - Genel Şartlar ve Tanımlar

Özel şartlar, Genel Şartlar'ın eki niteliğinde olup burada düzenlenmeyen hususlarda Genel Şartlar uygulanacaktır. İlgili genel şartlara www.metlife.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Aşağıdaki terimlerin belge kapsamındaki tanımları şöyledir:

Sigortacı: MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.

Sigorta Ettiren: Sigorta sözleşmesini yapan ve prim ödemek dâhil sigorta sözleşmesinden kaynaklanan yükümlülükleri yerine getirme sorumluluğunu taşıyan kişidir.

Sigortalı/ Sigortalılar: Poliçede ismi/ isimleri belirtilen ve sigorta sözleşmesiyle menfaatleri teminat altına alınan ve sağlık giderleri talep hakkı bulunan kişilerdir.

Zeyil: Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen ek sigorta sözleşmesidir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS): 31.05.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve bu kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK): 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çerçevesinde kurulan Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemini sağlayan ve düzenleyen bir kuruluştur.

İlk Sigortalanma Tarihi: Sigortalının özel sağlık sigortası kapsamına ilk giriş yaptığı ve sigortacı tarafından kabul edilen ilk sigortalanma tarihini ifade eder.

Teminat: Sigortacının Genel ve Özel Şartları gereği, sigorta süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri için sigortalıya verdiği güvencedir.

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

Teminat Gün Limiti: Yatarak tedavilerde poliçede ödenebilecek azami yıllık gün sayısıdır.

Teminat Adet Limiti: Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık adet limitidir.

Bekleme Süresi: Sigorta kapsamına dâhil olunduktan sonra yatarak tedavi ve fizik tedavi teminatlarından yararlanmak için beklenmesi gereken **90 (doksan) günlük** süreyi ifade eder.

Tıbbi Gereklilik: Tetkik ve tedavi işlemlerinin bir hastalığın ve/veya rahatsızlığın tedavisi için gerekli ve etkili olması durumudur. Tetkik veya tedavinin bir doktor tarafından uygulanmış olması, tek başına tıbbi gereklik koşulunun bulunduğu şeklinde yorumlanamaz. Uyuşmazlık durumlarında tıbbi gereklik, sigortacının ikinci görüş doktoru tarafından belirlenmektedir.

Sağlık Kurumu: Sağlık Bakanlığı'nca yasal mevzuata uygun olarak çalışma ruhsatıyla faaliyet gösteren, tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren hastane, klinik, poliklinik, muayenehane, teşhis ve tedavi merkezlerini ifade eder. "Sağlık kurumu" deyimi; otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlılarıyla alkoliklerin tecrit ve tedavisi için kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini içermez.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları: Sigortacıyla sağlık kurumu (GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan) arasında yapılan anlaşmalı kurum sözleşmesi kapsamında ve sigortacı tarafından sigorta sözleşmesi ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş olan sağlık kurumlarını, sigortacıyla sağlık kurumu arasındaki anlaşmalı kurum sözleşme şartlarını kabul ederek anlaşmalı sağlık kurumunun faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu doktorları (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) kapsamaktadır.

Network: Poliçenin geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder. Poliçenin network seçimi poliçe dokümanında yer almakta olup kurum listesine www.metlife.com.tr adresinden ulaşılabilir. Sigortacı, anlaşmalı bir sağlık kurumuyla sözleşmesinin sona ermesi veya anlaşmalı kurumla özel uygulamalarının sona ermesi sebepleriyle networkler dâhilinde güncel anlaşmalı sağlık kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar.

Anlaşmasız Sağlık Kurumları: Sigortacıyla arasında bir anlaşmalı kurum sözleşmesi bulunmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

İkinci Görüş Doktoru: İşbu sözleşme kapsamında değerlendirilecek sağlık giderlerinin tıbbi gerekliliğine dair uzman görüşü alınan ve sigortacı tarafından belirlenen anlaşmalı doktordur.

Doğuştan Gelen Hastalık (Konjenital Hastalık): Kişinin doğuşuyla var olan hastalık, anomali veya fiziksel bozukluklardır.

Acil Vaka: Bu hastalıklar acil vaka kapsamında değerlendirilecektir: Suda boğulma, trafik kazası, yüksekten düşme, uzuv kopması, elektrik çarpması, donma, soğuk çarpması, ısı çarpması, ciddi yanıklar, göz yaralanmaları, zehirlenmeler, anafilaktik tablolar, kemik kırıkları, miyokart enfarktüsü, hipertansif ensefalopati, akut serebrovasküler atak, ani felçler, şeker ve üre komaları, akut masif kanamalar, akut böbrek yetmezliği, menenjit, ansefalit, beyin apsesi, solunum yollarında yabancı cisim, yüksek ateş (39,5 derece ve üzeri).

Kaza: Ani, önceden engellenemeyen veya planlanamayan olaylar ve bu olaylardan kaynaklanan hastalık veya yaralanmalardır.

Meslek Hastalığı: Sigortalının işyeri ortamında bulunan faktörlerin etkisiyle meydana gelen, çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple uğradığı geçici, sürekli bedensel, ruhsal hastalık halleridir.

İş Kazası: SGK mevzuatı kapsamına giren, sigortalının işini yaparken, işine giderken veya işiyle ilgili herhangi bir faaliyeti esnasında kaza geçirmesi halidir.

Poliçe öncesi rahatsızlık ve/veya Hastalık: Belirtisinin / bulgusunun, teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı, poliçe başlangıç tarihi öncesinde ortaya çıkmış rahatsızlıklar ve/veya bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

İstisna: Sigorta sözleşmesinde sigortalı bazında kapsam dışında bırakılan durumlardır.

Kazanılmış Haklar: Bu sigorta sözleşmesinde kazanılmış haklar, ilk sigortalanma tarihini ve varsa YG hakkını ifade eder.**Provizyon:** Poliçede tercih edilmiş networkte yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarında planlanan tedavilerin sigorta kapsamında karşılanıp karşılanmayacağına dair sigortacının yapmış olduğu değerlendirmenin sonucudur. Bu değerlendirme, sağlık giderinin gerçekleştiği / gerçekleşeceği tarihte

sağlık poliçesinin yürürlükte olması şartıyla geçerlidir. Sigortacı, provizyon işlemi sonrasında tekrar değerlendirme yapma hakkını saklı tutar.

Elden Ödeme: Provizyon alınmaksızın sigortalı tarafından ödenen ve Anlaşmasız Kurum Tazminat Talep Formu'yla beraber sigortacıya gönderilmesi gereken sağlık gideridir.

Toplam Hasar Tutarı: Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları gereği ilgili poliçe döneminde yer alan teminat, limit, muafiyet ve katılım payı dikkate alınarak provizyon ve elden ödeme kapsamında değerlendirilen ödenebilir sağlık giderlerinin toplam tutarıdır.

Hasta Bilgi Formu: Anlaşmalı sağlık kurumlarından provizyonla hizmet alınması durumunda doktor tarafından doldurulması gereken formdur.

Anlaşmasız Kurum Tazminat Talep Formu: Anlaşmasız kurumlarda alınan hizmetlerin sigortacıdan tazmin edilebilmesi için doldurulması gereken formdur.

Azami İyi Niyet Prensibi: Sigorta sözleşmesinden yararlanacak sigortalının geçmiş ve mevcut hastalıkları ve sağlık durumuyla ilgili tüm bilgileri tam ve yanılmaya mahal vermeyecek şekilde, gönüllü olarak sigortacıya bildirmesidir.

Deneysel veya Araştırma Amaçlı İşlem: Hastalığın tanı ve tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli ve yabancı otoriteler (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı, uzmanlık dernekleri vb.) tarafından kabul görmemiş, tıbbi cemiyet veya otoritelerin yapılacak işlemin deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem için bir başka kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen veya herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla uygulandığına sigortacı tarafından karar verilen tetkik ve tedavilerdir.

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 muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): SGK'lı sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin SGK tarafından sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderleri gibi sağlık hizmetlerine bağlı harcamalarının karşılanması esas ve usulleriyle bu hizmetlere ilişkin bedellerin tayin ve tespit edildiği tebliği ifade eder.

Triyaj Uygulaması: Acil servislere başvuran hastaların hastalıklarıyla ilgili şikayetleri, 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.

- **Kırmızı Alan:** Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eşzamanlı 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.
- **Sarı Alan:** Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlarla orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlardır.
- **Yeşil Alan:** Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Terör: 3713 numaralı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtildiği üzere; cebir ve şiddet kullanarak baskı, korkutma, yıldırma, sindirme veya tehdit yöntemlerinden biriyle Anayasa'da belirtilen Cumhuriyetin niteliklerini, siyasi, hukuki, sosyal, laik, ekonomik düzeni değiştirmek, devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü bozmak, Türk Devletinin ve Cumhuriyetin varlığını tehlikeye düşürmek, devlet otoritesini zaafa uğratmak veya yıkmak veya ele geçirmek, temel hak ve hürriyetleri yok etmek, devletin iç ve dış güvenliğini, kamu düzenini veya genel sağlığı bozmak amacıyla bir örgüte mensup kişi veya kişiler tarafından girişilecek her türlü suç teşkil eden eylemlerdir.

Meriyet: Sigorta poliçesi iptal edildikten sonra, sigortalının belirtilen süre içinde sigorta şirketine başvurarak poliçesinin aktif hale getirmesi ya da yeniden yürürlüğe girmesini ifade eder.

Madde 3 - Sigorta Teminatları

Sigortacı, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı sağlık kurumlarında, SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için SUT bedeli üzerindeki oluşacak sağlık giderlerini tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen network, teminat, teminat limiti, teminat adet limiti, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisnalar, genel şartlar, yönetmelik ve özel şartlar doğrultusunda karşılar. Sigortacı, networkler dâhilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar.

Deprem, sel, heyelan, yer kayması gibi doğal afetler poliçe kapsamındadır. Terörle ilgili yatarak tedavi giderleri ilgili teminatın limit ve katılım payları dâhilinde karşılanacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve şikâyetlerin sigorta kapsamına dâhil olunduktan 1 ay sonra ortaya çıkmış olması şartıyla poliçe teminatları, limitleri ve ödeme yüzdeleri dâhilinde kapsama alınır. Diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılar için de aynı şartlar geçerlidir.

3.1.Yatarak Tedaviler

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden itibaren uygulanan doktor, ameliyat, ameliyathane, medikal tedavi, oda/yoğun bakım odası (bir adet refakatçinin yatak ve yemek giderleri dahil), **kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, gününbirlik tedavi, evde bakım ve tedavi, suni uzuv, ambulans**, tıbbi malzeme, poliçede teminat olarak yer alması durumunda **trafik kazası sonucu dış tedavisi** için tıbbi hizmetlere ait giderler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Yatarak tedavi kapsamındaki aşağıdaki durumlar (kırmızı alan durumları ve acil vaka tanımına giren durumlar hariç) bekleme süresi olan **90 (doksan) günden** sonra sigorta kapsamına alınır:

- En az 24 saat yatış gerektiren ameliyat ve medikal tedaviler,
- Yatış işlemi yapılmasına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi,
- SUT kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler.

Yatışı gerektiren tanı ve şikâyet haricinde yapılan tetkikler varsa ayakta tedavi teminatından değerlendirilir.

Sigorta süresinin sona ermesi ve sigorta sözleşmesinin yenilenmemesi durumunda, sona erme tarihinden önce sigortacıya bildirilen ve sigortacı tarafından kabul edilen hastalık ve/veya rahatsızlıklar için sağlık kurumunda yatışın sigorta süresi sonrasında da devam etmesi durumunda, teminat tablosu ve işbu özel şartlara tabi olmak şartıyla hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için işbu teminat, anılan yatış ve ilişkin olduğu hastalık ve/veya rahatsızlığın tedavisinin sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre, hiçbir şekilde poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

3.1.1. Yoğun Bakım Yatış: Ameliyat gerektirmesine bakılmaksızın tedavinin yoğun bakım koşulları altında yapılması gerektiğinin doktor raporlarıyla ispat edilmesiyle yoğun bakım giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Bir poliçe dönemi içerisinde yoğun bakım yatışları teminat gün limiti **90 (doksan) günle** sınırlıdır.

3.1.2. Dâhili Yatış: Ameliyat gerektirmeyen ve tedavinin sağlık kurumunda en az 24 saat yatış gerektirmesi durumunda ilgili tüm sağlık giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Bir poliçe dönemi içerisinde teminat gün limiti **180 (yüz seksen) günle** sınırlıdır.

Sigortaya giriş tarihinden sonra teşhis edilen yeni doğan sarılığına yönelik yapılacak fototerapi giderleri dâhili yatış teminatından karşılanacaktır.

3.1.3. Ameliyat: Cerrahi müdahalelere ilişkin sağlık giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tedavinin ameliyat gerektirmesi durumunda; ameliyat öncesi anestezi doktorunun istemiş olduğu rutin pre-op tetkikler, ameliyathane kirası, operatör, anestezi uzmanı ve asistan doktor ücretleri, oda, yemek,

refakatçi (bir kişiyle sınırlıdır) giderleri, anestezi ilaç ve sarf malzemelerine ilişkin giderler, teminat tablosunda belirtilen limitlerle işbu özel şartlar ve Sağlık Sigortası Genel Şartları dâhilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Teminat kapsamına giren ve girmeyen ameliyatların bir arada yapılması durumunda, işbu teminat kapsamına girmeyen ameliyat veya ameliyatlara ilgili sağlık giderleri karşılanmaz.

Kalp pili, ICD, vücut içi pompalarının yerleştirilmesine (malzeme ve cihaz giderleri hariç), mol hidatiform ve dış gebelik operasyonuna ve ESWL'ye (böbrek taşı kırma) ilişkin giderler poliçede yer alan ameliyat teminatından karşılanır.

3.1.4. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz, Koroner Anjiyografi: Yatış gerektirmesine bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi giderleri bu teminat altında karşılanır.

3.1.5. Günübirlilik Tedavi: Günübirlilik tedavi kapsamındaki işlemler; sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında günübirlilik tedaviler kategorisinde aşağıda belirtilen işlemlerdir.

- Genel anestezi, bölgesel / lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyonla sedasyon gerçekleştirilen cerrahi tüm işlemler,
- Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanan "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" eki "tıp merkezlerinde gerçekleştirilebilecek cerrahi müdahaleler listesinde" yer alan işlemler.

3.1.6. Evde Bakım ve Tedavi: Sigortalının yatarak tedavi sonrasında, tedavinin devamı niteliğinde olan, tedavi eden doktor tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının sigortalının hastaneden taburcu olurken sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla taburcu olduğu tarihten itibaren ikamet ettiği adreste sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle karşılanır. Ödeme süresi **90 (doksan) günle** sınırlıdır.

3.1.7. Suni Uzuv: Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ve cerrahi uygulamasına ait giderlerle bu protezlerin bakımları bu teminat limiti kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir. Sözleşme kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için meme protez ve rekonstrüktif cerrahisine ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.1.8. Tıbbi Malzeme: Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen yatarak tedavi kapsamında değerlendirilen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavinin devamı niteliğinde olan, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler gibi tıbbi malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "tıbbi malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dâhilinde karşılanır. Ayakta tedavi 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 sigortacının onaylaması koşuluyla bu teminat kapsamında karşılanır.

Kalp pili, ICD, koklear implant ve vücut içi pompalarına ilişkin malzeme ve cihaz giderleri bu teminat limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde karşılanır.

3.1.9. Ambulans: Sigortalının **Madde 2** tanımlar bölümünde belirtilmiş olan "acil vaka" kapsamına giren bir rahatsızlığının olması durumunda, sigortalının yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna karayoluyla nakli bu teminat kapsamında karşılanacaktır. Ambulans hizmeti sadece verilebildiği bölgelerde geçerlidir.

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayoluyla ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, sigortacıya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigortacının onayıyla Türkiye ve KKTC sınırları dâhilinde olacak şekilde hava veya deniz ambulans hizmeti sigortacı tarafından verilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

3.1.10. Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi: Poliçede teminat olarak yer alması durumunda; sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir trafik kazası geçirmesi durumunda ve tedaviye ilk 7 (yedi) gün içerisinde tedaviye başlanması şartıyla dış tedavi giderleri teminat tablosunda yer alan tutar ve limitler dâhilinde karşılanacaktır.

3.2. Ayakta Tedaviler

Poliçede teminat olarak yer alması durumunda; teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, anlaşmalı sağlık kurumlarında yapılan doktor muayene, görüntüleme, laboratuvar ve modern teşhis işlemleriyle fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamında, poliçede belirtilen limit, katılım payı ve/veya muafiyet tutarı dikkate alınarak ödenir. Triyaj uygulamasında yeşil ve sarı alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2.1. Doktor Muayene: Sağlık kurumları bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) tıp doktoru tarafından yapılacak muayenelere ait giderleri kapsar. SGK katılım payı tutarı sigortalı tarafından ödenecektir.

3.2.2. Laboratuvar: Hastalığın teşhisi ve tedavisi için tıbben gerekli görülen tahliller ve ilaçlara ait giderleri kapsar.

3.2.3. Görüntüleme: Hastalığın tanısı için tıbben gerekli görülen radyolojik tetkikler, ultrasonografi, mamografi, ilaçlı ve ilaçsız grafiler, EKG, eforlu EKG, odyometri, EMG, EEG, doppler, benzeri görüntüleme giderleriyle bu işlemler esnasında kullanılan ilaçlara ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2.4. Modern Teşhis: Hastalığın tanısı için tıbbi gereklilik dolayısıyla uygulanan tomografi, manyetik rezonans (MR), endoskopi işlemleri ve tanı koyma amacıyla yapılan biyopsi işlemleri gibi modern teşhis yöntemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2.5. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon: Hastalığın tedavisi için tıbben gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, tedavinin ayakta ya da yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla teminat tablosunda belirtilen limit, muafiyet ve katılım payı dahilinde bu teminat kapsamında değerlendirilir.

- Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi (bir kişiyle sınırlıdır), doktor takibi vb. giderler ödenmez.

Ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyonla ilgili giderler, bekleme süresi olan **90 (doksan) günden** sonra sigorta kapsamına alınır.

Madde 4 – Teminat Dışı Kalan Haller

Sigorta şirketi, yeni tedavi yöntemlerini kapsama alıp almamaya yönelik “teminat dışı kalan haller” başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan YG hakkı bulunan sigortalılar dâhil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Teminat dışı kalan haller aşağıdaki gibidir:

1. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan, GSS hak sahipliğinin olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideriyle sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
2. Sağlık Sigortası Genel Şartlarında düzenlenmiş teminat dışı kalan haller,
3. 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,

4. Yeşil alan uygulaması dâhil ayakta tedaviler kapsamında Sağlık Bakanlığı'na ruhsatlandırılmış veya onaylanmış her türlü ilaç, aşı, gıda takviyesi, vitamin ve bunların uygulanmasına ilişkin 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, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler, tekerlekli sandalye, diş protezleri ve diğer tedavi için gerekli olmayan malzemeler ve sair idari masraflar, sağlık hizmetiyle direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama, ilaç gümrük bedelleri gibi) her türlü gider, suit oda farkı,
6. Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğuyla büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler, Sigorta / poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık / hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
7. Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık / durum araştırılması, taranmasıyla ilgili tetkikler,
8. Her türlü omurga eğrilikleri ve malformasyonları (kifoz, skolyoz gibi), ekstremitelerin yapısal veya doğumsal deformiteleriyle (halluks valgus, pes planus gibi) ilgili tüm giderler,
9. Obezite (vücut kitle endeksi 35 ve üzerinde) ve metabolik sendromla ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri, bariatrik tedavi giderleri (mide küçültme, balon, kelepçe vb.),
10. 3 yaşına kadar kasık fıtıkları, kalça USG, yeni doğan işitme testleri, inmemiş ve retraktıl testis, labial füzyon, probing, hidrosel, veziko üreteral reflü-VUR tetkikleri, her türlü sünnet giderleri (fimozis tedavisi dâhil),
11. Yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),
12. Septum deviasyonu, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler, alerji ilgili her türlü tanı, tedavi, ilaç giderleri, Robotik cerrahi masrafları,
13. Erken doğum (prematürite) ve düşük doğum ağırlığıyla (SGA) ilgili sağlık giderleri,
14. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinogen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri, sigarayı bırakmayla ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
15. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç veya makine kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
16. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, intihar ve kendine kasıtlı zarar verme, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider, yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunamayla ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansiyel hastalıklarla ilgili her türlü gider,
17. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleriyle sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider (fizik tedavi dahil), yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur, hidroterapi, hipnoz, şifa kürleri, masaj, detoks, mezoterapi, oksiterapi, ozonoterapi, PRP (platelet rich plasma - trombosit zengin plazma) ve diğer her türlü tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,
18. Ses ve konuşma terapileri, telenjektazi, cilt hemangiomları, ben alımı, puva tedavisi, ksantalezma, estetik amaçlı enjeksiyonlar, meme büyütme, küçültme ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma (liposuction), karın estetiği yüz gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesiyle ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti-aging)

- tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
19. Her türlü diş ve çene cerrahisi tedavileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik ve pedodontik tedaviler, (poliçede trafik kazası sonucu diş tedavisi teminatı yer alması durumunda diş tedavileri limit dâhilinde karşılanabilir),
 20. Tıbben tıbbi yatış endikasyonu / gerekçesi olmayan yatarak tedavi harcamaları, herhangi bir hastalık / rahatsızlık olmadan kontrol amaçlı yapılan tarama ve check-up tetkikleri; evlilik, işe başlama, okula başlama, ehliyet başvurusu, spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu, doktor raporu için yapılan giderler, poliçede olmayan teminatlar ve poliçede belirtilen teminat kapsamında yer almayan her türlü sağlık gideri,
 21. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileriyle uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,
 22. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla zührevi hastalıklar (genital veya anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar ve molluscum contagiosum dâhil),
 23. Doğum kontrol yöntemleri ve ilaçları, isteğe bağlı küretaj, menopoz ve osteoporoz, kısırlığa (infertilite) ilişkin her türlü işleme ait giderler, düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
 24. Göz hastalıklarına ilişkin olarak doktor muayenesi haricinde gözde kırılma kusurları (miyopi, hipermetropi, astigmatizm, keratakonus gibi), göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliğiyle ilgili her türlü tetkik ve tedavi, ilaç, malzeme, solüsyon, lens, gözlük, cam, çerçeve giderleri,
 25. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığıyla ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
 26. Sağlık kurumu tanımına uyan veya uymayan her türlü merkezlerde özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi),
 27. Diyetisyen ücretleri, diyetisyen, yaşam koçu tarafından talep edilen tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler,
 28. 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, kordon kanı alımı ve saklanmasıyla ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedavilerle saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
 29. 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,
 30. İşyeri hekimleri tarafından yazılan tetkikler, sigortalının kendi adına akrabaları veya yakınları için yaptırmış oldukları muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
 31. Sigorta şirketi tarafından "teminat dışı kalan doktor listesinde" yer alan doktorlara ait her türlü gider (muayene, tetkik, tedavi dâhil),
 32. Sağlık Bakanlığı ödeme kapsamında olmayan her türlü işlem, tetkik, tedavi; deneysel veya araştırma amaçlı işlemler, BT koroner angiografi, sanal kolonoskopi, elektron beam tomografi gibi tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
 33. Gebelik ve doğumla ilgili giderler (teminat kapsamında olmaması halinde),
 34. Sigortaya katılım şartlarında belirtilmiş olan "kapsam dışı olan hastalık grupları",
 35. Başka bir sigorta şirketinden tazmin edilmiş harcamalar,
 36. Sigortalılık süresi içerisinde bir hekim veya bir anlaşmalı bir kurum tarafından gerçekleştirilen bir tedavinin hatalı / eksik gerçekleştirilmesi durumunda telafi etmek amacıyla gerçekleştirilecek tüm tedaviler,

37. Dövmeye (tattoo), piercing gibi uygulamalarla ilgili her türlü tedavi harcaması,
38. Amatör ve profesyonel olmasına bakılmaksızın düzenli olarak müsabakalara ve antrenmanlara katılma sonucunda gerçekleşen yaralanmalar, 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), uçurtmayla yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), sualtı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporlarıyla ilgili her türlü giderle profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
39. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri,

Madde 5 – Coğrafi Kapsam

Police kapsamındaki teminatlar sadece Türkiye’de geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri police kapsamında değildir. KKTC yurtdışı olarak değerlendirilir.

Madde 6 - Sigortaya Katılım, Yürürlüğe Alma, Prim Hesaplamaları, Yenileme Şartları

6.1. Sigortaya Katılım

Police başvuruları police özel şartları, genel şartlar ve sigortacının tıbbi ve teknik risk değerlendirme esasları çerçevesinde değerlendirilecektir.

- 15 günlük- 85 yaş arası bireyler bu sigortadan yararlanabilir. İlk girişlerde 64 yaş ve altındaki bireyler kabul edilecektir.
- Sigortalının police başlangıç tarihi sonrası eşini policeye dahil etmek istemesi durumunda, evlilik tarihini takip eden 30 gün içerisinde başvuru formu doldurarak Metlife’a başvurması gerekmektedir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurabilir.
- Yeni doğan bebek ve evlat edinme durumunda sigortalının doğum tarihi / evlat edinme tarihinde itibaren 60 gün içerisinde başvuru formu doldurarak Metlife’a başvurması gerekmektedir. Bu sürenin aşılması durumunda ancak yenileme döneminde başvurabilir.
- Süresi içinde yapılan başvurular, Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları kapsamında değerlendirilecek olup, başvurunun kabul edilmesi halinde policeye giriş tarihi olarak başvuru tarihi esas alınacaktır. Bu uygulamaya istisna olarak yeni doğan bebek, doğum tarihinden itibaren 14 gün sonra (15.gün) yapılacak risk değerlendirmesi sonrasında sigorta kapsamına alınabilir. Policeye eklenecek kişilerin prim hesaplaması, yıllık prim üzerinden gün esasına göre hesaplanacaktır.
- Sigortalının yaşı tamamlamış olduğu son yaş (gerçek yaş) üzerinden hesaplanacaktır.
- Sigortalıların policeye dâhil olabilmesi için 18 yaş üzeri her bir bireyin kişisel veri onayını vermesi gerekmektedir.
- Bu police kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya bekâr çocukları kapsamaktadır.
- 15 günlük-5 yaş arası çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalanması şartıyla sigortalanabilirler. Ancak 6-17 yaş arası çocuklar ebeveynleri olmadan tek başlarına sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla sigortalanabilirler. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile policei kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.
- Sigortacının teklifin sigorta ettiren tarafından 30 (otuz) gün içerisinde kabul edilmemesi durumunda teklifi revize etme hakkı bulunmaktadır.

Başvuru tarihi öncesinde aşağıda belirtilen hastalık gruplarından herhangi birini geçirmiş kişilerle 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili yönetmelikleriyle belirlenmiş “tehlikeli” ve “çok tehlikeli” işyeri sınıfında çalışan kişiler (İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği kapsamında belirlen tehlike sınıfları dikkate alınarak) işbu ürün kapsamında sigortalanamaz.

Kapsam Dışı Olan Hastalık Grupları:

MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.

Kavacık Ticaret Merkezi Rüzgârlıbahçe Mahallesi Çam Pınarı Sokak No:1 Kavacık 34805 Beykoz / İstanbul

Sicil No: 388669 • MERSİS No: 0854006902900025 • Tel: (0216) 538 91 00 • metlife.com.tr

MetLife İletişim Merkezi Tel: (0850) 222 0 638 (MET) • E-posta: musterihizmetleri@metlife.com.tr

Her türlü kanser, kötü huylu / seyirli tümör / hastalıklarla tanısı konmamış kitleler, kronik akciğer, karaciğer ve böbrek hastalıkları (örnek: aktif verem, sarkoidoz, kronik bronşit, amfizem, hepatitler, siroz, nefrotik sendrom, polikistik böbrek, atnalı böbrek vb.), organ yetmezlikleri, eksiklikleri, anomalileriyle organ nakil hastaları (örnek: böbrek, karaciğer, kalp vb.), kalp ve damar sistemi hastalıkları (örnek: doğumsal kalp Hastalıkları, iskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopati, kalp ritim ve ileti bozuklukları, kalp kapak hastalıkları, kontrolsüz hipertansiyon, vaskülitler, anevrizmalar, malformasyonlar vb.), kas-iskelet-sinir sistemi hastalıkları (örnek: multipl skleroz, felç, Alzheimer, Parkinson, serebral palsy, myastenia gravis, müsküler distrofiler vb.), travmaya ve/veya ameliyata bağlı kalıcı beyin, omurilik hasarı, multipl travma ve ciddi yanıklar, kronik sindirim sistemi hastalıkları (örnek: ülseratif kolit, Crohn, pankreatit vb.), metabolik ve endokrin hastalıkları (örnek: şeker hastalığı (Tip 1 diyabet, kontrolsüz Tip 2 diyabet), Addison, Cushing vb.), kan ve kan yapıcı organların hastalıkları, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları (örnek: hemofili, polisitemi, trombositopeni vb.), romatizmal ve kolajen doku hastalıkları (örnek: romatoid artrit, SLE, ankilozan spondilit, amiloidoz vb.), bağışıklık sistemi bozuklukları (örnek: immünglobülin ve kompleman eksiklikleri), VKI=kilo/((boy) x (boy)) endeksinin 36 ve üstünde veya 15 ve altında olması (18 yaş ve üstü kişiler için geçerlidir), 34 hafta ve/veya 2 kg. altında doğan ve halen 6 aydan küçük yenidoğanlar.

6.2. Yürürlüğe Alma (Meriyet)

İptal olan bir poliçedeki teminatların tekrar yürürlüğe alınmasının (meriyet) sigorta ettiren tarafından talep edilmesi durumunda aşağıda belirtilen koşullara göre;

- İptal tarihinden itibaren ilk 7 gün içinde meriyet formu istenmeden,
- İptal tarihinden itibaren 8-30 gün içinde meriyet formu alınarak değerlendirme yapılacaktır. Sigortacı, meriyet talebini reddetme veya meriyet talep tarihiyle iptal tarihi arasındaki dönemde ortaya çıkan riskleri poliçe kapsamına almadan poliçeyi meriyet talep tarihi itibarıyla meriyete alma hakkına sahiptir. Sigortacı, ilgili formda belirtilmeyen risklerin tespit edilmesi durumunda ilgili hastalıkları poliçe istisnası olarak kabul edebilir ya da bu riskler için ek prim talep edebilir.
- 30 gün sonrasında yapılan yürürlüğe alma talebi meriyet kapsamında değerlendirilemeyecek olup yeni sigorta başvurusu talebinde bulunulması gerekecektir.

6.3. Prim Hesaplamaları

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerinde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık / hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca sigortalılık süresi boyunca devam eden fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için de istisna ve/veya ek prim uygulanabilir.

Prim hesaplamaları sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet ettikleri adres, teminat kapsamı ve aşağıda detayları belirtilmiş olan ek prim ve indirimle beraber hesaplanmaktadır. Sigortalıların ikamet ettiği adres değişikliklerinin hemen sigortacıya bildirilmesi gerekmekte olup adres değişikliğinin prim artışı gerektirmesi halinde oluşan prim artışının sigorta ettiren tarafından onaylanması gerekmektedir. Onay sürecinde sigortalının provizyon işlemlerini geçici olarak durdurma hakkı bulunmaktadır.

Sigortacı, SUT'ta yapılan değişiklikler, sağlık enflasyonu, hasar prim oranı, anlaşmalı kurum fiyatlarındaki değişiklikler gibi sebeplerden ötürü "tarife primini" belli dönemlerde güncelleme hakkını saklı tutar.

Sigortalının yenileme dönemlerinde ek prim veya indirim uygulama hakkı bulunmaktadır.

Tarife Primi: Bilimsel kabul görmüş ya da şirketin tecrübe edilen aktüeryal metodolojileri baz alınarak geçmişin, bugünün ve geleceğin frekans, şiddet ve benzeri etkileri gözetilerek hesaplanan baz primdir.

Hasar / Prim Oranı (H/P): Poliçe dönemi içerisinde her bir sigortalı için toplam hasar tutarının net prime bölünmesiyle bulunan orandır.

Sağlık Ek Primi: Sigortalı adayının mevcut rahatsızlık veya hastalık hallerinin sigortalının değerlendirmesi sonucunda, sigorta kapsamına alınabilmesi için sigortacı tarafından hesaplanabilecek ek primi ifade eder. Sağlık ek primi hastalık başına %200'ü geçemez.

Aile İndirimi: Aynı poliçe altında çekirdek aile bireylerinden en az 2 (iki) kişinin sigortalanması durumunda uygulanacak indirim ifade eder. Aile indirimleri kişi sayısına bağlı olarak planlar arasında farklılık gösterebileceği gibi sigortacı tarafından değiştirilebilir veya kaldırılabilir.

Toplam Prim: Sigortalıların yukarıda belirtilmiş olan tarife primi ve üzerine uygulanacak olan indirim ve ek primlerin toplamıdır.

Net Prim: Toplam primden operasyonel giderlerin düşülmüş halidir.

Diğer Ek Primler: Her bir sigortalı için yenileme döneminde hasar prim oranının yüksek olması veya poliçe yenilemesi sonrasında bir önceki poliçeye hasar prim oranını ve indirimleri etkileyecek şekilde bir tazminatın gelmesi durumunda sigortacı tarafından hesaplanabilecek ve sigorta ettirene tahakkuk ettirilecek ek primi ifade eder.

Hasarsızlık İndirimi: Hasarsızlık indirim, her bir sigortalı için teminat yapısına göre aşağıdaki gibi uygulanmaktadır:

Hasar/ Prim Oranı	Yatarak + Ayakta İndirim	Yatarak İndirim
%0-%20	%15	%10
%20 üstü	%10	%0
%40 üstü	%5	%0
%60 üstü	%0	%0
%80 üstü	Değerlendirme sonucuna göre ek prim (azami %200)	

6.4. Yenileme ve Geçiş Şartları

- Bu poliçe genel ve özel şartlar hükümleri çerçevesinde her yıl sigortacı tarafından yapılacak risk değerlendirmesi ve varsa YG şartlarına istinaden, oluşturulan yenileme teklifinin sigorta ettiren tarafından kabul edilmesi şartıyla yenilenebilir.
- Poliçenin yenileme işlemlerinin başlatılmasıyla poliçenin bitiş tarihi arasında hasar / prim oranının (H/P) ek prim alınmasını gerektirecek seviyede artması halinde bu primin yenilenen poliçede sigortacı tarafından talep edilme hakkı bulunmaktadır.
- Ürün ve planlarda oluşabilecek değişiklik istekleri yeni poliçede geçerli olmak şartıyla mevcut poliçe bitiş tarihinden 30 gün önce veya yeni poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 15 gün içerisinde talep edilebilir. Sigortacı, gerekli görülen durumlarda sigortalılardan güncel sağlık beyanı, doktor muayenesi, ek tetkik talep edebilir. Değerlendirme neticesinde, yg olsa dahi sigortacının poliçe kapsamını değiştirme, istisna uygulama, hastalık sebebiyle ek prim uygulama veya talebi kabul etmeme hakkı bulunmaktadır.
- Yenileme işlemlerinin poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içerisinde tamamlanması (teklifin sigorta ettiren tarafından onaylanması ve ilk tahsilatın alınması) gerekmektedir. Sonrasında gelebilecek talepler yenileme kapsamında değerlendirilemeyecek olup yeni sigorta başvurusu talebinde bulunulması gerekmektedir. Bu durumda var olan kazanılmış hakların devamı söz konusu olmayacaktır.
- Yenileme işlemlerinde ödeme aracı (kredi kartı, hesap numarası vb.) değişikliğine yönelik bir talep gelmemesi durumunda bir önceki poliçede yer alan ödeme araçları üzerinden tahsilat yapılacaktır.
- Sigortacı, poliçe kapsamında verilen teminatlar ve içeriklerinde değişiklik yapma hakkına sahiptir. Bu değişiklikler en az biten poliçenin içeriğine uygun olarak yapılacaktır.
- Diğer sigorta şirketlerinde veya sigortacının grup sözleşmelerinde sağlık sigortası bulunan kişilerin geçişle sigortalarını MetLife'ta bireysel poliçeye geçirmek istemeleri halinde kazanılmış haklarının devam etmesi için aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:
 - İlgili poliçenin önceki sigorta şirketinde veya sigortacının grup sözleşmesinde en az ve aralıksız bir tam yıl aktif olması,

2. Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihinden en geç 30 gün içinde sigortacıya başvurulmuş olunması,
3. Diğer sigorta şirketinden geçişlerde sigortalıların **6.1. Sigortaya Katılım** maddesinde belirtilen yaş aralığında olması,
4. Sigortacının diğer sigorta şirketlerindeki veya kendi kayıtlarındaki sağlık geçmişlerini, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden temin ettiği bilgileri, sağlık beyanlarını, geçmiş sigortalılık bilgilerini ve ilgili poliçe şartlarını değerlendirerek poliçe kapsamını değiştirme, istisna uygulama, hastalık sebebiyle ek prim uygulama hakkı saklı kalmak şartıyla onaylaması.

Madde 7 – Yenileme Garantisi (YG) Şartları

YG, tamamlayıcı sağlık sigortası sözleşmesinin aynı plan / ürün teminat içeriğiyle yenilenmesi taahhüdüdür. Doğum teminatı, asistans hizmetleri, terör, deprem, doğal afetler, salgın hastalıklar YG kapsamı dışındadır. YG, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" şartlarından farklı bir içeriğe sahiptir, Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü içermemektedir.

YG sigortalı bazında değerlendirme yapılarak verilmekte olup aşağıdaki kriterleri sağlayan sigortalılar değerlendirme kapsamına alınacaktır:

- MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş. TSS' de kesintisiz 3 (üç) yıl sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 59 yaşında olan sigortalılardan son 3 (üç) yıl ortalama H/P'si (İlgili yılların Toplam Hasar/Toplam Primi üzerinden) hesaplanır) H/P'si 80%'in altında olanlara yapılacak risk değerlendirmesi sonucu YG hakkı verilebilir. 3 (üç) yılın sonunda YG hakkını kazanamayan sigortalılar, her yıl poliçe yenileme dönemlerinde son 3 yılın ortalama H/P oranlarına bakılarak tekrar YG değerlendirmesine alınacaklardır.
- YG için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile poliçenin yenileme tarihi arasında, sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, YG' yi tekrar değerlendirme, poliçeyi yenilememe, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama hakkına sahiptir.

Sigortacı, YG hakkı kazanamamış sigortalılar için, her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Bu hakkı kazanan sigortalılar YG aldıkları tarihte geçerli olan özel şartlara tabi olacaklardır. Sigortacının azami iyi niyet prensibi kapsamında Sigorta Ettiren/ Sigortalı' ya yaptığı haksız ödemeler ile ilgili rücu hakkı saklı kalmak üzere aldığı sağlık beyanında kendisine bildirilmeyen sağlık risklerinin sonradan tespit edilmesi durumunda YG 'ni tekrar değerlendirme, ek şart uygulama veya iptal etme hakkı bulunmaktadır.

İptal olan bir poliçenin ve 30 (otuz) gün içinde yürürlüğe (meriyete) alınmaması durumunda YG hakkı ortadan kalkar. İptal tarihi sonrasında 30 (otuz) gün içinde sigortacı, meriyet talebini **Madde 6.2.**

Yürürlüğe Alma (Meriyet) kapsamında değerlendirmeye alır.

" YG" hakkı kazanan sigortalıların mevcut üründe devam etmesi durumunda tekrar risk analizi değerlendirmesi (muafiyet, limitli muafiyet ve hastalık ek prim v.b.) yapılmaz. Bir önceki poliçelerine ilişkin Hasar/Prim oranı dikkate alınarak, bir sonraki sene geçerli olacak poliçelerinin prim tutarlarına Hasarsızlık İndirimi uygulanacaktır. Sigortalının "YG" hakkı kazandıktan sonra farklı bir ürün/plana geçmek istemesi durumunda sigortacı tarafından yeniden risk analizi yapılır ve uygun olması durumunda söz konusu ürüne/plana geçiş yapılabilir.

YG, önceki sigorta şirketinde bireysel ya da grup poliçesinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için sigortacı tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir. Bu garantinin tanınması kararı sigortacının yetkisindedir. Geçiş talebi, önceki sigorta şirketinde bulunan bireysel ya da grup poliçesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 30

(otuz) gün içinde yapılmalıdır. YG hakkı devralınmayan ya da önceki şirketinden YG alamamış sigortalının YG' ye hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili değerlendirme, MetLife' taki 2. yıllarının sonunda yapılacaktır. Sigortacı, sigortalı YG 'ye hakkı kazandıktan sonra ortaya çıkacak yeni hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı sigortalıya yeni ek şart (muafiyet, limitli muafiyet ve hastalık ek prim v.b.) uygulaması yapmayacaktır.

Madde 8 - Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması ve Sona Ermesi

Sağlık sigortası süresi 1 (bir) yıldır. Sigorta teminatları başvurunun sigorta şirketi tarafında onaylanması ve sigorta priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldıysa ilk taksitinin ödenmesiyle yürürlüğe girer. Sigorta başlangıç tarihinde saat 12.00'de başlar, sigorta bitiş tarihinde 12.00'de sona erer.

Sigortacının sorumluluğu aşağıdaki koşulların gerçekleşmesiyle sona erer:

- Sigorta ettiren tarafından poliçenin yazılı olarak / ses kaydına istinaden aşağıdaki koşullarla iptal edilmesi durumunda;
- Sigorta priminin zamanında ödenmemesi halinde TTK 1434. maddesi hükümleri kapsamında sigorta ettirene iadeli taahhütlü postayla tebliğ edilmesi koşuluyla poliçenin şirket tarafından iptal edilmesi durumunda,
- İlk primin **30 gün** içerisinde ödenmemesi durumunda,
- Tüm sigortalıların vefatı durumunda,

YG verilmiş olsa dahi bir sigorta dönemi içinde sigortacı, prim alacağı için sigorta ettirene iki defa ihtar göndermişse sigorta süresinin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Fesih bildirimi, sebebi de belirtilerek noter aracılığıyla veya iadeli taahhütlü mektupla ya da kanunun imkân verdiği diğer bir yöntemle yapılır.

Madde 9 - İptal Koşulları

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, sigortacının sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen sigortalı çıkışı taleplerinde de aşağıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

Sigortalılara herhangi bir provizyon verilmemesi durumunda; poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde ödenen primler kesintisiz olarak, iptal talebinin poliçenin başlangıç tarihinden 30 gün sonrasında gelmesi durumunda ise sigortacının gün esaslı hak kazandığı prim tutarı ödenen primden düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

Sigortalıya herhangi bir provizyon verilmesi durumunda;

- Sigortalıya ait toplam tazminat tutarı, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa sigortalının ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ait toplam tazminat tutarı, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor ancak sigorta ettirenin ödediği toplam prim tutarını aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ait toplam tazminat tutarı, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigortalı bazlı prim tutarını aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

İptal sonrasında iade edilecek bir tutarın çıkması, poliçede başka aktif bir sigortalının mevcut olması ve poliçenin açık vadelerinin bulunması durumunda iade tutarı açık vadelere tahsilat olarak işlenecektir. İade tutarının açık vade tutarından fazla olması durumunda aradaki fark sigorta ettirene iade edilecektir.

- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Madde 10 - Beyan Yükümlülüğü

Sigorta ettiren / sigortalı, sigortacıya sözleşmenin yapılması veya sözleşme süresi içinde yerine getirilmesi gereken beyan yükümlülükleriyle cayma hakkı konusunda Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına tabidir.

Riziko gerçekleştiğinde yerine getirilecek bildirim yükümlülüğü hakkında TTK 1446. maddesi uygulanır. Sigortalı ve sigorta ettiren, sigortacıyla girdiği her türlü hukuki ilişkinin kendi adına ve hesabına yapılacağını beyan ve taahhüt etmektedir. Aksi durumda 5549 sayılı kanunun 15. maddesi gereği yazılı olarak bildirim yaparak sigortacıya beyan edeceğini ve bu hususta Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi hakkındaki mevzuat hükümleri de dâhil olmak üzere her türlü sorumluluğun sigortalı ve sigorta ettirene ait olduğunu gayrikabili rücu, kabul ve taahhüt eder.

Evlilik, boşanma, vefat durumları ve iletişim güncellenmelerinin en geç 30 (otuz) gün içerisinde sigortacıya iletilmesi gerekmektedir. Güncel iletişim bilgilerinin iletilmemesi durumunda bildirimler mevcut iletişim bilgileri dâhilinde yapılacak ve muhabata ulaşmış olmasa dahi geçerli kabul edilecektir.

Madde 11 - Yetkili Mahkeme

Sigorta sözleşmesinden doğan anlaşmazlıklar nedeniyle sigortacı aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigortacının merkezini veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acente mevcutsa bu acentenin veya sigortalının bulunduğu yerdeki; sigortalı aleyhine açılacak davalardaysa davalının bulunduğu yerdeki tüketici davalarına bakmakla görevli mahkemedir.

Madde 12 - Tazminat Süreçleri ve Zamanaşımı

Sigorta teminatı kapsamında yer alan bir riskin gerçekleşmesi halinde, başvuruda bulunulan teminat ödenmesine ilişkin tazminat talebinin, sigorta ettiren / sigortalı tarafından ya da bunların adına hareket etmeye yetkili kişi(ler) tarafından sigortacıya yapılması gerekmektedir. Tazminat ödenmesine ilişkin belgeler **metlife.com.tr** adresinden temin edilebilir.

Tazminat belgelerinin eksiksiz olarak sigortacıya tesliminden sonra, tazminat talebinin sözleşme maddelerine bağlı kalarak sigortacı tarafından 5 iş günü içinde incelenir.

Sigorta sözleşmesinden doğan talepler, alacağın muaccel olduğu (ödenebilir hale geldiği) tarihten 2 (iki) sene geçmesiyle zamanaşımına uğrar. Sigorta bedeline ilişkin istemler, her halde rizikonun gerçekleştiği tarihten itibaren 6 (altı) sene geçince zamanaşımına uğramış olur.

Sigortalıların veya sigorta ettirenin itirazlarını tazminat talebinde bulunmadan önce ve poliçe başlangıç tarihinden en geç 30 gün içinde sigortacıya yapmadığı takdirde, poliçenin tüm özel ve genel şartlarıyla hakkında hüküm ifade etmesine rıza göstermiş sayılır.