

**ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI YÖNETMELİĞİ UYGULAMA ESASLARINA
İLİŞKİN GENELGE
(2014/4)**

23/10/2013 tarih ve 28800 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik) gereğince Hastalık ve Sağlık Sigortaları Branşında akdedilen Özel Sağlık Sigortası Sözleşmelerinde tereddüt edilen hususlara ilişkin açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

Madde 1- (1) Sigorta şirketleri, 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/B maddesinin ikinci fıkrası gereğince, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) tarafından istenilen her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdür. Bu itibarla, SBGM nezdinde yürütülen SAGMER Veri Transferi Projesi Faz-3 (Sigortalı Tazminatları) kapsamında, 01/01/2013 tarihi itibarıyla, tazminat dosyası ana bilgileri, sağlık hizmet sunucusu bilgileri, tazminat muallak ve ödeme bilgileri ile fatura bilgilerinin SBGM tarafından belirlenen veri deseni kapsamında anılan Merkeze gönderilmesi gerekmektedir.

Madde 2- (1) Sigorta şirketlerince risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM’den, Sosyal Güvenlik Kurumundan (SGK) ve Sağlık Bakanlığında sigortalının yazılı onayı ile bilgi alma ve belge isteme imkanı bulunmaktadır. Sigortalının yazılı onayı, teklifname ve/veya bilgilendirme formu ile alınabileceği gibi söz konusu izni gösterir bir muvafakatname ile de temin edilebilir.

(2) Sigortalının yazılı onayının olmaması durumunda SAGMER Veri Transferi Projesi Faz-3 kapsamında anılan Merkez nezdindeki sigortalıya ait bilgi ve belgelerin paylaşılma imkanı bulunmamaktadır.

Madde 3- (1) Sigorta şirketlerince risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen istenilebilecek hekim görüşüne ilişkin masrafların kimin tarafından karşılanacağı hakkında Yönetmelik kapsamında bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Bilgilendirme yöntemi, 28/10/2007 tarih ve 26684 sayılı Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik kapsamında belirlenecektir.

(2) Sigorta şirketlerince risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM’den, SGK’dan ve Sağlık Bakanlığında, bilgi ve belge temin edilmesine rıza göstermeyen sigortalılardan istenilebilecek hekim görüşüne ilişkin masraflardan sigorta ettiren ve/veya sigortalı mesuldür. Ancak, özel şartlarda sigorta ettiren ve/veya sigortalı lehine düzenleme yapılabilir.

(3) Sigorta şirketlerince risk değerlendirmesi yapılabilmesini teminen sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM’den, SGK’dan ve Sağlık Bakanlığında, sigortalının yazılı onayına rağmen, bilgi ve belge temin edilememesi durumunda Yönetmeliğin 5 inci maddesinin dördüncü fıkrası kapsamında işlem yapılabilir.



Madde 4- (1) Teklifname ve bunu tamamlayıcı belgeler ile bilgilendirme formu, sözleşmenin ayrılmaz birer parçasıdır. Taraflar sözleşmenin aynı sigorta planı dahilinde yenilenmesi hususunda baştan anlaşılır ise yenilemelerde tekraren teklifname alınmasına gerek yoktur. Ancak, yenileme öncesinde ve sonrasında yenilemeye ilişkin yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır.

Madde 5- (1) Yenileme garantisi verilir verilmediği ve yenileme garantisi veriliyor ise kapsamı bilgilendirme formunda, poliçelerde ve özel şartlarda açıklanır.

(2) Yenileme garantisi veriliyor ise poliçelerde, Yönetmelik kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) verilir verilmediğine ilişkin açıklayıcı bir ibarenin kullanılması yeterli olup, verilen taahhüdün ayrıntıları için özel şartların ilgili maddelerine atıf yapılabilir.

Madde 6- (1) Sözleşmeye sonradan dahil olacak sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler (bağımlılar) için sigortalıdan farklı ÖBYG değerlendirme kuralları uygulanacak ise bu durum sigortalının ilk sözleşme yılındaki özel şartlarında açıklanır.

(2) Sözleşmeye sonradan dahil olacak bağımlılar için sigortalının ilk sözleşme yılındaki özel şartlarında herhangi bir açıklama bulunmaması durumunda sigortalı ile aynı ÖBYG değerlendirme kurallarının uygulanacağı kabul edilir.

Madde 7- (1) ÖBYG hakkı kazanan sigortalıların sözleşmeleri ömür boyu aynı sigorta planı dahilinde yenilenecektir. Şirket, işbu vermiş olduğu teminat için sigorta ettirenin ödemesi gereken primi aktüeryal esaslar dahilinde belirler. Ancak, ÖBYG hakkı kazanımı sonrasında ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklardan ötürü hastalık ek primi alınamayacak, ödenen tazminatların prime oranına bağlı ek prim uygulanamayacaktır.

Madde 8- (1) Sigortalılara ÖBYG değerlendirme şartlarına uygunluk durumu hakkında her yıl yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır. Sigorta ettiren ve sigortalı, anılan raporlamanın yapılabilmesini teminen sigortalının iletişim bilgilerini güncellemekle mükelleftir. Sigorta ettirenin ve/veya sigortalının eksik/hatalı iletişim bilgisi bildirimi nedeniyle anılan raporlamanın yapılamaması durumunda şirkete herhangi bir sorumluluk atfedilemez.

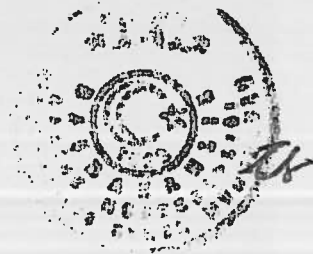
(2) Şirket, iletişim bilgilerinde ortaya çıkabilecek olası aksaklıklara karşı, sigortalının internet üzerinden ulaşılan kişisel sayfasından anılan raporlamaya erişim imkanı verir.

(3) Diğer yenileme garantisi taahhütleri için değerlendirme şartlarına uygunluk raporlaması yapılacak ise işbu madde hükümleri uygulanır.

Madde 9- (1) Şirket, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene ve sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar.

(2) Yenilenen sözleşmede sigorta ettirenin aynı zamanda sigortalı olması durumunda poliçenin teslimi ile anılan yükümlülük yerine getirilmiş kabul edilir.

(3) Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilere yapılacak bildirimler, aksi belirtilmediği sürece, sigortalının vermiş olduğu iletişim adreslerine yapılır.



Madde 10- (1) Plan değişikliği talepleri, şirketin koşulları çerçevesinde ve kabulü halinde gerçekteşir. Diğer taraftan sigortalıların daha alt bir sigorta planına geçiş talepleri, şirket taahhütlerinin ortadan kaldırılması için bir araç olarak kullanılamaz.

Madde 11- (1) şirket, sözleşme süresinin bitmesinden önce sigortacı tarafından kabul edilen, ancak sözleşme süresi içerisinde gerçekteşmeyen tetkik ve tedavilere ilişkin teminat uygulama esaslarını özel şartlarında belirler.

(2) Ancak, sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatmakta olan hastaya ilişkin kesintiye uğramaksızın devam eden tedaviler, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, asgari on gün olmak üzere özel şartlarda belirtilen süreyi ve teminat limitini aşmamak kaydıyla devam eder.

Madde 12- (1) Genel Sağlık Sigortalısının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan giderlerine ilave masraflar ile anılan kurum tarafından karşılanmayan giderlere ilişkin ayrı ayrı veya bir arada tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünleri sunulabilir.

Madde 13- (1) 23/04/2014 tarihi öncesinde tanınan ÖBYG, mevcut tarife teknik esasları kapsamında devam eder. Ancak bilgilendirme formlarında ve poliçelerde verilen şirket taahhüdünün Yönetmelik ile tanımlanan ÖBYG'den farklılığı işbu Genelge'nin 5 inci maddesinin ikinci fıkrası kapsamında açıklanır.

(2) 23/04/2014 tarihi öncesinde yürürlükte olan tarife teknik esasları kapsamında yenilenen, ancak bu tarihten sonra kazanılan ÖBYG, mevcut tarife teknik esasları kapsamında devam eder. Ancak bilgilendirme formlarında ve poliçelerde verilen şirket taahhüdünün Yönetmelik ile tanımlanan ÖBYG'den farklılığı işbu Genelge'nin 5 inci maddesinin ikinci fıkrası kapsamında açıklanır.

(3) Bu maddede tanımlanan sözleşmeler için mevcut tarife teknik esasları üzerinden tazminat/prim oranına bağlı ek prim alınması öngörölüyor ise söz konusu sözleşmeler için anılan uygulamaya devam edilebilir.

Madde 14- (1) Bu genelge yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

