

İHSAN DOĞRAMACI BİLKENT ÜNİVERSİTESİ

Grup Kullanım Kılavuzu

05.09.2020



ACIBADEM
SİGORTA



A. SİGORTA POLİÇESİNE DAHİL EK UYGULAMALAR

- 1. Sigorta Kartına İhtiyaç Duymadan Kolay Provizyon:** Sistemimizin esnekliği sayesinde sigorta kartı gerekliliği olmadığından, tüm sigortalılarımız T.C. kimlik numaraları ile Anlaşmalı kurumlarımızdan kolayca provizyon işlemleri gerçekleştirmektedirler.
- 2. %100 Ödemeli Kurumlar Uygulaması:** Sigorta şirketi tarafından belirlenmiş kurumlara Sigortalılar, diğer anlaşmalı kurumlarda olduğu gibi sadece TC kimlik numarası ile başvurabilecektir. Bu kurumlarda yapılan tetkik ve tedavi işlemlerinde SGK kullanılması zorunludur. Oluşan fark tutarı, poliçe özel ve genel şartları kapsamında değerlendirilecek ve teminat limitlerini aşmamak kaydıyla sigorta şirketi tarafından %100 olarak ödenecektir. Sigortalı SGK Katılım Payı dışında sigorta şirketi kapsamında ayrıca Katılım Payı ödemeyecektir. Teminat kapsamında olup SGK ödeme kapsamında olmayan işlemler için provizyon verilmeyecek olup, poliçe teminat tablosunda yer alan "provizyon verilen kurumlar" için belirtilen katılım payı ile ilgili elden ödeme kapsamında değerlendirilecektir. Sigorta şirketinin değerlendirme süreci için sigortalının sigorta şirketine fatura ve değerlendirme için gerekli evrakların ibrazı gereklidir.
- 3. Sigortasız Yakınlara Özel İndirimler:** Acıbadem Sağlık Grubu (ASG) kurumlarında sigortalıların **sigortalı olmayan 1. derecede yakınları için % 15'e varan özel indirim** imkanı sunulmuştur.
- 4. Dış Teminatı:** Dış Teminatı olmayan sigortalılara Acıbadem Sağlık Grubu ve Kent Hastaneleri dış polikliniklerinde geçerli olmak üzere, yılda bir kez "**Dış Muayenesi ve Panoramik Röntgen**" hediye edilmiştir.
- 5. Teminat Dışı Haller İçin Özel İndirimler:** Anlaşmalı kurumlarda, teminat dışı olan tüm durumlar için Bupa Acıbadem Sigorta anlaşmalı fiyatlarından yararlanma imkanı sunulmuştur.
- 6. Websen Uygulaması:** Şirket e-mail adresinizin, T.C. Kimlik numaranızın ve telefon numaranızın (GSM) sisteme tanımlanmasını takiben, e-mail adresiniz ve T.C. kimlik numaranız ile sisteme giriş yaparak kendinize özel şifre oluşturduğunuz - telefonunuza iletilen şifre ile web tabanlı sistemimiz sayesinde; **kişisel bazda "teminat tablosu, tazminat ödeme durumu, tazminat detayları, kalan limit bilgileri, Anlaşmalı kurum listesi, yurtdışı seyahatler için konsolosluk yazısı" gibi pek çok bilgiye ulaşmanız sağlanmaktadır.** Bu sayede tüm kişisel bilgilerinize kendiniz ulaşabileceğiniz ve sorularınıza anında yanıt alabileceksiniz. Websen sistemlerinde üyelik oluşturmanız için Bupa Acıbadem Sigorta'da kayıtlı telefon numarası (GSM) ve E-Mail adresi bilgileriniz güncel olmalıdır. Bupa Acıbadem Sigorta'da kayıtlı T.C Kimlik numaranızı, telefon numaranızı (GSM) ve e-mail adresinizi senCard Hizmet Merkezi



(444 9 555) ile iletişime geçerek kontrol edebilir, güncelleyebilirsiniz.

- 7. Yeni Sigortalı Bilgilendirme:** Grup poliçesine girişi yapılan sigortalılara poliçeleri ile ilgili poliçe aktiflenme bilgileri sigortalı e-mail adreslerine otomatik olarak gönderilecek ve e-mail ile paylaşılan link üzerinden websen kullanımına yönlendirilecektir. Grup poliçesine girişi yapılan sigortalılara poliçeleri ile ilgili poliçe aktiflenme bilgileri ayrıca sistemimizde kayıtlı olan cep telefonu numarasına SMS olarak da gönderilecektir.

B. SİGORTALANAN KİŞİLER

- 1. Sigortaya Kimler Dahil Olabilir?** Aşağıdaki tanımlamaya uyan kişiler grup sağlık sigortasına dahil olabilirler. Özel sağlık sigortası kapsam, teminat ve limitleri her yıl yapılan anlaşmalara göre belirlenmekte ve çalışanlarla paylaşılmaktadır. Bu sigorta kapsamına alınabilecek kişiler:

- Çalışanlar,
- Çalışanların eşleri,
- Çalışanların 24 yaşından küçük olan çocukları,
- Çalışanların, eğer öğrenim yapıyor ve öğrenim belgesi ile bunu gösterebiliyor ise, 25 - 29 (dahil) yaşına kadar olan çocuklarıdır.

Sigortaya Dahil Olmak için Önemli Notlar:

- Grup sigortasına girişlerde yaş sınırı bulunmamaktadır.
 - Poliçeye giriş/çıkış işlemi için poliçe başlangıcından itibaren otuz (30) günlük süre vardır.
- 2. Yenidoğan Bebeğin poliçelendirilmesi:** Bebekler aşağıdaki şartların sağlanması ile alınarak doğum tarihlerinden sigortalanacaktır. Bebek doğar doğmaz, ebeveynin bebekle ilgili tüm tıbbi belgeleri Sigortacı'ya ibrazı, başvuru formunun usulüne uygun doldurulması ve Sigortacı'nın başvuruyu kabul etmesi ile sigorta kapsamına dahil olur. Bebeğin sigortaya kabulünden sonra ortaya çıkacak rahatsızlıklarda, işbu özel şartlarda öngörülen bekleme süreleri uygulanmayacaktır (ameliyat bekleme süreleri hariç).

Doğumdan sonraki 15 gün içerisinde oluşan, bebeğin doğuştan gelen rahatsızlıkları (Konjenital hastalıklar, prematürite, düşük tartılı olma, kan uyuşmazlığı vb.) ile ilgili giderler ve bu tür rahatsızlıklarıyla ilgili kuvöz masrafları annenin kalan annelik teminatından değerlendirilecektir. Annenin, annelik teminat limiti bittikten sonra kapsam dışıdır.

- 3. Eş ve Çocukların Sigorta Kapsamına Alınması:** Bilkent Üniversitesi ve Bağlı Kuruluşları Grup Sağlık Sigortası' na katılmak için son başvuru tarihi **05.10.2020**. Bu tarihten sonra

- sadece anne ve babası da sigortalı olan yeni doğan çocuklar, sigortalı personel ile yeni evlenen eşleri ve işe yeni giren personelin sigortalanma istekleri kabul edilecektir.
4. Firma çalışanlarının aile bireylerinin sigorta kapsamına girmelerinin isteğe bağlı olduğu ve aile bireylerinin primlerinin tümünün veya bir kısmının çalışanın maaşından kesildiği gruplarda, çocuklu ailelerde, çocuk veya çocuklar kapsama alınmadan, anne ve babanın birlikte sigorta yaptırmaya isteği kabul edilecektir. Ayrıca anne ve baba ile birlikte çocuklar dahil ediliyorsa, çocukların tümünün sigortaya dahil edilmesi gerekmektedir. Çalışanın eşini sigortalamadan sadece sahip olduğu tüm çocuklarını sigorta kapsamına alma isteği kabul edilecektir. Sigorta kapsamına girmenin isteğe bağlı olduğu gruplarda, **05.10.2020** tarihinden sonra giriş kabul edilmeyecek, sadece, anne ve babası da sigortalı olan yeni doğan çocuklar, sigortalı personel ile yeni evlenen eşleri ve işe yeni giren personelin sigortalanma istekleri kabul edilecektir.
 5. Sigortalının poliçesini almasından sonra bağımlılarının sayısı artarsa, sigorta kapsamına dahil edilecek bağımlılar için, yeni bir grup sağlık sigortası başvuru ve beyan formu doldurması ve yeni doğan çocuğunun sağlık durumunu ayrıntılı olarak yansıtan doktor raporu veya evlilik cüzdanı gibi resmi belgelerin Sigorta Şirketine ulaştırılması gerekmektedir. Sonradan bağımlı özelliği kazanan aile bireyleri, bağımlılık özelliğini kazandıkları tarihten itibaren en geç 30 gün içinde sağlık sigortası kapsamına alınmalıdırlar. Bağımlı olma özelliğini sigorta süresi içinde kazanan kişiler sigorta kapsamına dahil edilmezler ise, sigorta çıkış tarihinde poliçe yenilenirken kapsam dahiline alınmalıdırlar.
 6. Eş girişi sadece aşağıdaki şartlar sağlanırsa yıl içinde süre kısıtlaması olmadan ve gün esaslı prim hesaplaması yapılmadan yıllık primin tamamı alınarak poliçeye dahil edilebilecektir.
 7. Grup poliçesinde Annelik teminatından yararlanmak için evli olan sigortalıların eşlerini de poliçeye dahil etme zorunlulukları bulunmaktadır, aksi durumda bu haktan yararlanamayacaklardır. Evli olup eşini dahil etmeden sigortalanan kişinin bu teminattan yararlandığı tespit edilir ise annelik teminatı hakkının devamı için eşine poliçe yapıp aile poliçesine geçmesi şartı bulunmaktadır.
 8. **05.09.2020** tarihinden itibaren geçerli olmak üzere grup bünyesinde poliçeye ara dönemde giriş yapacak olan Sigortalı'ların poliçe kapsamına dahil olmadan önce başka bir şirketten devam eden kazanılmış hakları varsa, halen çalışmakta oldukları Firma'daki grup sağlık sigortalılık süreleri kesintiye uğramamış olması kaydıyla, başka bir sigorta şirketinde sağlık poliçesi olup, bitiş tarihi itibari ile 30 gün içerisinde Bilkent Üniversitesi ve bağlı kuruluşlara dahil olmak isteyen kişilere sadece 1. Derece risk grubuna giren rahatsızlıklara risk analizi yapılmak suretiyle Ömür Boyu yenileme garantisi dahil olmak üzere tüm kazanılmış hakları korunmalıdır. İlk Sigorta başlangıç tarihi ise kesintisiz devam eden poliçesinin başlangıç tarihidir.



C. ELDEN ÖDEMELİ KURUM İŞLEMLERİ (ANLAŞMASIZ KURUMLAR)

1. Elden ödemeli kurumlarda gerçekleştireceğiniz sağlık giderleri öncelikle sizin tarafınızdan ödenmek durumundadır.
2. Elden ödemeli kurumlarda gerçekleşen sağlık giderleriniz ile ilgili ödemeyi yaptıktan sonra, teminat kapsamındaki giderlerinizin geri ödenmesi için fatura asılları ile ekinde aşağıda belirtilen belgeleri bize ulaştırmanız gerekmektedir
 - Özel Sağlık Sigortası Hasta Bilgi Formu,
 - Tüm giderlerin fatura asılları ve fatura dökümleri,
 - Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatlı veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz / anamnez raporu /ameliyat raporu, patoloji raporu,
 - Rahatsızlığın teşhis/takibine ilişkin tetkiklerin sonuçları,
 - Reçetenin aslı, ilaç küpürleri ya da ilaç takip sistemi çıktısı, SGK kullanıldı ile SGK dökümü ve eczaneden alınan kasa fişi veya fatura,
 - Sinüzit ameliyatlarından önce sigortalıya ait paranazal sinüs tomografisi'nin aslı,
 - Fizik tedavilerinde, varsa tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü),
 - Her türlü adli olaylarda (trafik kazası dahil) adli birimlerin oluşturdukları belgeler (alkol raporu, olay yeri tespit tutanağı, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı vb.),
 - Yurtdışında yapılan tedavilere ait doktor raporları ve yapılan tetkiklere ait sonuçların Türkçe tercüme (İngilizce dışındaki dillerde olan belgeler için), ayrıntılı fatura dökümü, fatura yoksa ödendi belgesi,

Bu belgelerin eksik olması durumda değerlendirme yapılamayacaktır.

D. GERİ ÖDEME ALINAMAYACAK KURUMLAR:

“Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlar” şeklinde belirtilen elden ödemeli kurumlarda gerçekleşen işlemler kapsam dışıdır. “senCard Mobil ve Websen (www.sencard.com.tr/websen) üzerinden üye olarak Geri Ödeme Alınamayacak Kurumlara ulaşabilirsiniz.

E. TEMİNATLAR

Teminat tutarlarını ve sigortalı katılım paylarını gösteren “Poliçe Teminat Tablosu”na Bilkent Üniversitesi WEB sayfasındaki İnsan Kaynakları sekmesinden ulaşabilirsiniz.

1. Yatarak Tedavi Teminatı

Hastalığın komplikasyonlarının tedavisi için tıbbi gerekliliği bulunan tıbbi hizmetlerin ancak hastanede ve hastane olanaklı sağlık kurumunda yapılması şartıyla en az yirmi dört (24) saat yatış gerektiren işlemler Yatarak Tedavi olarak değerlendirilir. Aşağıda belirtilen teminatlar Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındadır;

- Ameliyat
- Hastanede Tedavi (Ameliyatsız Tedavi)
- Suni Uzuv
- Anjioplasti
- Kara Ambulansı
- Yurtiçi Hava Ambulansı (Sigorta Şirketi Onayı ile)
- Yurtdışı Hava Ambulansı (Sigorta Şirketi Onayı ile)
- Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi
- Evde Bakım Hizmeti (Taburculuk tarihi itibari ile 2 ay)
- Koroner Anjiyografi
- Kemoterapi - Radyoterapi - Diyaliz
- Küçük Müdahale :TTB'ye göre 100 birime kadar olan cerrahi ve ortopedik müdahaleler bu teminat kapsamında değerlendirilir.
- Oda-Yemek, Refakatçi
- Yoğun Bakım Teminatı: Vaka başı 90 gün ile sınırlıdır
- Rehabilitasyon
- **Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi Teminatı** : Kaza zaptı ve doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla, sigorta süresi içinde gerçekleşmiş trafik kazası sonucu gerçekleşen diş ve ilgili tedaviler bu teminat kapsamında değerlendirilir.
- **Acil Durum Teminatı** : Sigorta Özel ve Genel Şartları gereği muafiyet, bekleme süresi ve istisnalar arasında yer almayan, ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısı ile geciktirilmesi mümkün olmayan, tıbbi veya cerrahi tedavi gerektirdiğini belirten haklı bir görüşe yol açan ve Sigortacı tarafından acil olduğuna karar verilen, Dünya Sağlık Örgütü Tarafından da "Acil Durum" olarak tanımlanan durumdur.

2. Ayakta Tedavi Teminatı

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda yapılan ayakta tanı ve tedavi işlemleri aşağıda belirtilen Ayakta Tedavi Teminatları kapsamında Poliçe Özel ve Genel Şartlarına tabi olmak koşuluyla değerlendirilir.

- **Doktor Muayene**



- İlaç
- Laboratuvar
- Görüntüleme
- Modern Teşhis
- Fizik Tedavi

F. EK TEMİNATLAR

1. Annelik Teminatı :

Doğum giderleri, gebelik sırasındaki mutad kontrollere (doktor, muayene, tanı) ait giderler ile doğum ve gebeliğin neden olduğu rahatsızlıklara ilişkin giderler ve düşük giderleri sigortalının, işbu Grup Sağlık Sigortası kapsamına dahil olmasından 3 ay sonra hamile kalması halinde ödenir.

Annelik teminatı ile ilgili harcamalar bir bütün olarak alınır, ek olarak oda-yemek-refakatçi, tanı birimleri, ilaç, doktor ve diğer teminatlar yürürlüğe girmez. Doğum giderleri için en fazla teminat tablosunda belirtilen limit kadar ödeme yapılır.

Evli olup; tek başına (aile bireyleri olmaksızın) sigorta kapsamında yer alan bayan sigortalılara doğum ile ilgili giderler ödenmeyecektir. Bekar (dul ve boşanmış da dahil) olan sigortalılar, tek başına olsa da annelik teminatına hak kazanacaktır.

Annenin, doğumdan sonra gelişen doğum komplikasyonları ile ilgili giderleri, annelik teminatından değil, ilgili teminatlardan ödenir.

Gebelik sırasındaki mutad kontrollere (doktor muayene, tanı) ait giderler; doğumun ve gebeliğin neden olduğu rahatsızlıklara (Düşük tehdidi, gebelik kusmaları, doğum sonrası kanamalar, vb.) ilişkin tüm giderler annelik teminatından düşülerek karşılanır.

Gebeliğe ilişkin mutad kontrollerde sigortalı katılım payı yoktur.

Hamilelikte yapılan pre-op sarılık testleri annelik teminatından ödenir.

Zorunlu kürtaj, gebelik süresince anne ve bebeğin sağlığını tehlikeye sokan durumlarda, ancak bu durumun doktor raporu ve USG ile belgelenmesi koşuluyla annelik teminatından ödenir.

Ayrıca, gebe kalınmasından önce, ilerideki bir tarihte gebe kalınması halinde sorunlu bir gebelik yaşanıp yaşanmayacağı ve önceki hamilelik döneminde yapılan düşük nedeninin araştırılmasına yönelik giderler poliçenin teminatları kapsamında değildir.

2. Yurtdışı Tedavi Teminatı :

Yurtdışında yapılan tedavi giderlerine ait faturalar ve bu tedavilere ait rapor ve tetkik sonuçlarının, İngilizce dışında bir dilde ise, yeminli bir tercüman tarafından yapılmış Türkçe tercümeleriyle beraber gönderilmesi gerekmektedir. Çeviri ücreti Sigortalı tarafından karşılanacaktır.

3. 40 Yaş Üstü Mammografi ve PSA :

- 40 yaş üstü kadınlar için yılda bir (1) kez Sigorta Şirketinin Anlaşmalı Olduğu Mammografi Kurumlarında gerçekleşmesi şartıyla, kontrol amaçlı Mamografi ve Meme USG (Anadolu Sağlık Merkezi ve Acıbadem Sağlık Grubu Kurumlarında geçerlidir) ile ilgili giderler katılım payı olmaksızın kapsam içerisindedir.
- 40 yaş üstü erkekler için yılda bir (1) kez Sigorta Şirketinin Anlaşmalı Olduğu PSA Kurumlarında (Anadolu Sağlık Merkezi ve Acıbadem Sağlık Grubu Kurumlarında geçerlidir) gerçekleşmesi şartıyla, kontrol PSA Testi ile ilgili giderler katılım payı olmaksızın kapsam içerisindedir.

4. Covid 19 Ödeme Kapsamı :

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve/veya T.C Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina ile ilgili sağlık giderleri, teşhisi konulacak bu hastalığın sigortalının poliçeye dahil olduğu tarihten sonra başlamış olması koşuluyla, yurt içinde, bu hastalık tanı ve tedavisi için yetkilendirilmiş anlaşmalı sağlık kurumlarında ve poliçedeki ilgili teminat limit ve katılım payı oranında ödenir. Ancak Covid 19 testi kapsam dışında olup ödenmemektedir sadece test sonucu "pozitif" olan kişilerin tanı ve tedavisi kapsam dahilindedir.

G. BEKLEME SÜRELERİ

1. İlk teşhisi sigortaya girişten sonra konmak şartıyla, meniskus, safra kesesi, böbrek taşı, fıtık, hemoroid, geniz eti, bademcik, varikozel (kısırlıkla ilgili olan varikozel kapsam dışıdır), verrukular (siğil) (anogenital sigiller hariç) , varis, tiroid bezi, miyom, over kisti, prostat büyümesi, katarakt, oniki parmak bağırsağı ve mide ülseri, anal fissür–fistül, lipom eksizyonu, lazerle taş kırma giderleri, sinüzit ameliyatları poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 9 ay teminat kapsamı dışındadır. Ameliyat bekleme süresi uygulanan bu rahatsızlıkların, rahatsızlık poliçe başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkmış olması koşulu ile, ayakta tedavi giderleri bekleme süresi olmaksızın poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenecektir.
2. Kaza halleri hariç **septum deviasyonu** kapsam dışıdır. Ancak poliçenin 24 aydan fazla devam etmesi halinde 24. aydan sonra konan teşhislerde yalnızca KBB uzmanının gerekli gördüğü durumlarda ve estetik amaçlı olmamak kaydıyla ameliyat



endikasyonlarının Sigorta Şirketi tarafından kabulü halinde limit ve teminatlar dahilinde ödenir.

3. İlk teşhisi sigortaya girişten 9 ay sonra konmak şartıyla Kist sebase eksizyonu (Yağ bezesi alımı) limit ve teminatlar dahilinde ödenir.
4. Kronik Hastalıklar:
İlk teşhisi sigortalı olunduktan sonra konmak şartıyla, **kronik tansiyon bozuklukları, kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet, astım, migren, romatolojik hastalıklar, renal dializ gerektiren hastalıklar, Alzheimer, multiple skleroz ve Parkinson** hastalıklarının tedavi giderleri bekleme süresi olmaksızın poliçe özel ve genel şartları dahilinde ilgili teminatlardan ödenir.

H. TEMİNAT DIŞI DURUMLAR:

1. "Hastalık Sigortası Genel Şartlarında" düzenlenmiş teminat dışı haller, (Terör ve Doğal Afetlerden kaynaklanan sağlık giderleri Poliçe Teminat ve Limitleri dahilinde tüm Grup için yıllık 270.000-TL ile sınırlı olarak ödenir.),
2. Sigortalının poliçesinde belirtilmiş olan Kapsam Dışı Özel Durumlar,
3. İlk sigorta başlangıç tarihinden önce sigortalının varlığından haberdar olduğu ve/veya tetkik yaptırdığı ve/veya tedavi gördüğü rahatsızlıklardan ileri gelen sağlık giderleri,
4. Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı tedavileri, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sonucu meydana gelen rahatsızlıklara ve kazalara ilişkin giderler, alkollü olarak veya uyuşturucu olarak kavgaya karışma ve kendine zarar verme sonucu oluşan tedavi ile ilgili giderler,
5. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
6. Sigortalının kazaen yaralanmasının gerektirdiği müdahaleler dışındaki her türlü estetik ve plastik cerrahi müdahaleler, varis sklerozan; kozmetik amaçlı tedaviler, saç dökülmesi, alopesi, hirsutizm (kılınma) tetkik ve tedavileri vb.; deri nemlendirici ve temizleyici preparatlar, tatlandırıcılar; şişmanlık tetkik ve tedavisi, şifa kürleri, çamur banyoları, karantina, akupunktur, masaj, mezoterapi, hidroterapi, manyetoterapi, ses ve konuşma terapileri vb.; huzurevi, sanatoryum, kaplıcalar, jimnastik ve güzellik salonları, ayak bakım merkezleri ve poliçede belirtilen "Sağlık Kuruluşu" tanımına uymayan kuruluşlardan alınan faturalar; alternatif tıp tedavi masrafları, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler,
7. Poliçede belirtilen "doktor" tanımına uymayan kişiler (Fizyoterapist, diyetisyen, özel hemşire, vb.) tarafından yapılan tedavi ve bakımlarla ilgili tüm masraflar,
8. Kısırlık tetkik ve tedavisi (ovülasyon takibi, HSG, adhezyolizis, tuboplasti vb.), medikal ve cerrahi her tür yapay dölleme, üreme organlarıyla ilgili yapısal bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları, kısırlaştırma, kontraseptif yöntemler, doğum kontrol yöntemlerine ait giderler, tıbben zorunlu olmayan kürtaj ve her türlü sünnet (Phimozis nedeniyle olsa bile) giderleri,

9. Sigortalı olunmadan önceki maluliyetler ve bunların gerektirdiği tedavi, ameliyat ve organ nakilleri ile doğuştan gelen anomali ve hastalıklara, büyüme ve gelişme geriliği tetkik ve tedavilerine ait giderler,
10. Psikotrop ilaçlar (Antidepresan, vb.), psikiyatrik hastalıklar, psikiyatri kliniklerinde ve/veya psikiyatri doktorları ve psikologlar tarafından yapılan tetkik ve tedaviler,
11. Çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler; her türlü sabun, şampuan ve solüsyon, alkol ve kolonyalar; hidrofilyk pamuk, termometre, buz kesesi, sıcak su torbası gibi sıhhi malzemeler; uyku apne cihazı, tekerlekli iskemle, diş protezleri benzeri yardımcı tıbbi malzeme ve cihazlar ile telefon, TV masrafları, tedavi için gerekli olmayan malzemeler ve sair idari masraflar,
12. Check-up mahiyetindeki her türlü doktor muayene ve tetkik giderleri, periyodik kontroller,
13. İmmünoterapi
14. AIDS ve HIV virüsüne bağılı hastalıklar ile zührevi hastalıkların teşhis ve tedavi masrafları,
15. Organ ve doku nakillerinde vericinin (Donör) masrafları, organ ve doku ücretleri ve organ ve dokunun ulaşım masrafları,
16. Tehlikeli tarzdaki sportif faaliyetlere (Binicilik, sürücülük, dağcılık, dalgıçlık, paraşütle atlama, vb.) ve profesyonel veya bir kulübün amatör lisanslı sporcusu olarak kulübün her türlü resmi müsabakası ve/veya antrenmanına katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıkların tetkik ve tedavilerinin giderleri kapsam dışıdır. Bunların dışında profesyonel veya bir kulübün amatör lisanslı sporcusu olup, resmi olmayan müsabakalar sonucu oluşan yaralanmalar sigorta kapsamındadır.
17. Reçetesiz, faturasız ve kupürsüz alınan ilaç bedelleri ile faturasız diğerk masraflar,
18. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, Sigorta Şirketi tarafından istenilen belgelerin hazırlanması, vb. ile ilgili masraflar,
19. Hangi nedenle olursa olsun, diş, diş eti tedavisi ile diş tedavisini de kapsayan çene cerrahisine ilişkin tüm giderler,
20. Gözlük, cam, çerçeve, lens giderleri,
21. Göz kaymaları ve şaşılık ile ilgili tüm giderler kapsam dışıdır.
22. Gözde kırılma kusurunun (Myopi vs.) giderilmesine yönelik müdahale giderleri ve düzeltilmesi için yapılan tedavi ve masraflar ile gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens ve lensle ilgili giderler kapsam dışıdır. Katarakt operasyonları ve bu operasyonda kullanılacak lensler (Toric ve Multifokal lensler hariç) kapsam içindedir. Gözle ilgili her türlü muayene (kırılma kusurları dahil) kapsam içeresindedir.
23. İlk teşhisi dışında akneye ilişkin tüm giderler,
24. Nevüs (Ben alımı), sara (epilepsi), horlama ve uyku apne sendromu, tetkik ve tedavilerine ait giderler,
25. Personelin tümüne veya bir bölümüne yasa gereği ya da Firma'nın yapılmasını uygun gördüğü toplu muayene ve tetkik giderleri ile civarda hastalık emarelerine rastlanması nedeniyle yapılan tetkik ve muayene giderleri,
26. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü tetkik ve tedavi giderleri. Teminat dışı bir durum nedeniyle ameliyat ve annelik teminatı ile ilgili ödeme yapılmaması



ACIBADEM
SİGORTA

halinde, ödenmeyen durum için yapılan her türlü doktor, ilaç, tanı, oda-yemek-refakatçi harcamaları ve her türlü giderler.

senCard İletişim Bilgileri: www.senCard.com.tr

senCard Hizmet Merkezi 444 9 555 e-mail iletişim : mim@sencard.com.tr

senCard Ambulans Hizmeti 444 9 555 (0' ı tuşlayınız)

senCard Tıbbi Danışmanlık Hattı 0216 571 56 56 (4'ü tuşlayınız)

senCard Yurt Dışı Tedavi Organizasyonu 0216 571 56 56 (5'i tuşlayınız)