

## 1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kurumlarında poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini poliçede belirtilen network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna / istisnalar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda teminat altına alır.

Sağlık sigortası poliçelerinin süresi bir yılı aşamaz. Sigorta, poliçede / zeyilnamede yazılı olan poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar.

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, aksi durumda kişilerin poliçe kapsamına alınması söz konusu değildir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar CIGNA Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanır. Poliçede yer alan teminatlar sadece Türkiye’de geçerlidir. Yurt dışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir. K.K.T.C. (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti) yurt dışı olarak değerlendirilir.

CIGNA SAĞLIK HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. (CIGNA)'nin sorumluluğu poliçe düzenlenmesi sonrasında ve fakat her halükarda sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla başlar.

CIGNA poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu, SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortalının poliçe satın alması ile kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı CIGNA'ya izin vermiş olur. CIGNA bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

## 2. TANIMLAR

**Anlaşmalı Sağlık Kurumları:** CIGNA Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesi almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve bu kapsamda CIGNA ile özel anlaşması bulunan sağlık kurumlarıdır. Güncel anlaşmalı sağlık kurumları listesi [www.cigna.com.tr](http://www.cigna.com.tr) adresli web sayfasında yer almaktadır. İlgili listede değişiklik yapma hakkı CIGNA'da saklıdır.

**Anlaşmasız Sağlık Kurumları:** CIGNA ile arasında CIGNA Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında anlaşmalı sağlık kurumu sözleşmesi bulunmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

**Azami İyi Niyet Prensibi:** CIGNA bu sigorta sözleşmesini ve sözleşme şartlarını Sigorta Ettiren'in beyanına dayalı olarak oluşturmaktadır. Bu nedenle Sigorta Ettiren, başvuru ve beyan formu ile bunu tamamlayıcı belgelerde doğru bilgi vermek / beyanda bulunmak ve sigorta sözleşmesinin konusunu teşkil eden, sigorta sözleşmesi talebinin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür.

**Bekleme Süresi:** Sigortalının Yatarak Tedavi Sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

**Hastalık Ek Primi:** Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, CIGNA'nın değerlendirmesi sonucunda, Sağlık Tarife Primi'ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

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

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

**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.

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

**Limit:** CIGNA'nın teminat kapsamında bulunan ve işbu özel şartlara göre ödemeyi üstlendiği maksimum, kabul edilebilir sağlık giderini ifade eder.

**Mevcut Rahatsızlık ve/veya Hastalık:** Sigortalanma tarihi öncesinde var olan rahatsızlık / hastalıktır. Belirtisinin / bulgusunun / şikayetinin veya teşhisinin ve/veya tedavisinin başlangıcı sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden önceye dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar (komplikasyonlar).

**Muaccel Olmak:** Primin ve/veya tazminatın talep edilebilir hâle gelmiş olması.

**Muafiyet:** Sağlık giderlerinde CIGNA tarafından karşılanmayacak olan sigortalının ödemeyi üstlendiği kısımdır. Muafiyet bir tutar, teminatın başlama süresi ve/veya teminat yüzdesi olabilir ve plan dâhilindeki tüm sigortalılar için geçerlidir.

**Police Başlangıç ve Bitiş Tarihi:** Sigorta sözleşmesinde yer alan teminatların ilk kez veya varsa müteakip kez yinelenmesinde yürürlüğe girdiği tarihtir. Türkiye saati ile öğleyin saat 12:00'da başlar ve bitiş tarihinde öğleyin saat 12:00'da sona erer.

**Police Özel Şartları:** Policeye ait ve ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtilen hükümler dahilinde sigorta ettiren / sigortalı aleyhine hükümler içermeyen, CIGNA tarafından hazırlanmış, ürüne ait özel şartlardır.

**Police:** Sigortalanan kişi veya kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortalının başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarlarını içeren, CIGNA ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir.

**Prim:** CIGNA'nın sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar kapsamında tazminat ödemesi yapmak üzere sigorta ettirenden aldığı ücrettir.

**Provizyon Onayı:** CIGNA'nın anlaşmalı sağlık kurumlarına, police özel şartlarında belirtilen esaslar doğrultusunda sigortalı lehine verdiği sağlık giderleri ödeme taahhüdüdür.

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

**Sağlık Hizmet Tarifesi:** Sağlık hizmeti veren kurumlarda, tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı, Sağlık Uygulama Tebliği vb.)

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

**Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar"):** T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali [www.tsb.org.tr](http://www.tsb.org.tr) web sitesinde yer almaktadır.

**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.

**Sigorta Ettiren:** Sigorta sözleşmesinin tarafı olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda bulunan gerçek veya tüzel kişidir.

**Sigortacı:** Türkiye'de kurulmuş, ilgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan sigorta şirkettir. İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı ("CIGNA")dır.

**Teminat:** CIGNA'nın sigortalıya, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta poliçesi özel ve genel şartları çerçevesinde taahhüt ettiği güvencedir.

**Triyaj Uygulaması:** Hasta ve yaralıların acil serviste görülme zaman ve sırasının, müdahale ile muayene aciliyetinin ve niteliklerinin belirlendiği kısa bir klinik değerlendirme işlemidir. Triyajda hastanın klinik durumunu ve tedavi önceliğini belirtmekte kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

- Kırmızı Alan: En yüksek öncelik sırasına sahiptir. Tedavi edilebilir, hayatı tehdit eden yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer. Bu nitelikteki hastalara zaman kaybetmeden acil müdahale gerekir.

- Sarı Alan: Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, ciddi fakat hayatı tehdit etmeyen yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer.

- Yeşil Alan: En düşük önceliğe sahiptir. Acil müdahale gereksinimi olmayıp; bekleyebilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer.

### 3. CIGNA TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI TEMİNATLARI

Aşağıda yer alan teminat grubu veya teminatlardan birisi veya bir kısmı veya tamamı, poliçe ve teminat tablosu üzerinde açıkça yazılması ve priminin ödenmesi karşılığında GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki hüküm ve şartlar çerçevesinde verilir.

#### Ayakta ve Yatarak Tedavi Teminatlarının kullanılması için;

- Sigortalının SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumuna gitmesi,
- SGK ile anlaşmalı sağlık kurumunda sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK anlaşmalı sağlık kurumu ile CIGNA'nın, sigortalının tedavi göreceği branş adına Cigna Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın anlaşması olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın Cigna Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçe Özel Şartları'na ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması gerekmektedir.

#### 3.1 Yatarak Tedavi Teminatı

Cerrahi ve Dahili Yatışlar, Küçük Müdahale, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz, Özellikli Tıbbi Malzeme, Suni Uzuv, Acil Kara Ambulansı, Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan'a giren vakalar, Hastane oda, yemek ve refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır. Yatarak Tedavilerin Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılabilmesi için en az 48 saat önce Provizyon Merkezi'nden onay alınması gerekir.

Sadece yatarak tedavi planı olan sigortalılar için tetkik amaçlı yatışlar yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır. Yatarak tedavi kapsamında hastane yatış süresi, ömür boyu 720 gün ile sınırlıdır. Bir poliçe yılı içerisinde kapsam dahilindeki hastalık / hastalıkların tedavisi için Sigortalının hastanede yatış süresi toplam 180 gün ile, vaka başına 60 gün ile sınırlıdır. CIGNA sağlık poliçelerinde kesintisiz 10 yıl ve daha uzun sürede sigortalı kalan sigortalılar ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalılar için, ömür boyu yatış süresi sınırlaması uygulanmaz. Sigortanın sona erme tarihinden önce CIGNA tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, 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.

### 3.1.1 Acil Kara Ambulansı

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

Sigortalının acil durumu nedeni ile, detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve CIGNA'nın onayının alınmasını takiben en yakın tedavi merkezine anlaşmalı kara ambulansı ile nakli kapsam dahilindedir. Sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipmanın olmaması durumunda CIGNA'nın belirleyeceği bir araçla (kara ambulansı, tarifeli uçuş vb.) bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında doğrudan nakli sağlanır.

Sigortalının bu hizmetten yararlanması için poliçe üzerinde belirtilen 7/24 ulaşılabilen 0 (850) 222 0 860 telefon hattını araması gerekmektedir. Bu teminat yalnızca yurt içinde geçerlidir.

### Acil Kara Ambulansı Teminatına Ait Genel İstisnalar:

- Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri,
- Kasıtlı olarak kendini yaralama veya sigortalının bir suç olayının parçası olması sonucu doğan olaylar,
- Sigortalının her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan giderler,
- Sigortalının meşru müdafaa hariç bir kavga / dövüşe karışması nedeniyle oluşan giderler,
- Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma gösterisi için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle oluşan giderler,
- Herhangi bir nükleer yakıttan ileri gelen iyonizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya nükleer bileşenin radyoaktif, zehirleyici ve diğer tehlikeli özelliklerinden doğrudan ya da dolaylı olarak ileri gelen veya bunların yol açtığı giderler,
- Alkol zehirlenmesi veya ilaç / uyuşturucu zehirlenmesi (ehliyetli bir doktorun talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam veya kısmi iş göremezlik durumu nedeniyle oluşan giderler,
- İntihar ya da teşebbüsü sonucunda ölüm, yaralanma veya hastalık,
- Tahmini doğum tarihinden 3 ay öncesine kadar hamileliğe ya da gönüllü çocuk düşürmeye bağlı olaylar,
- CIGNA anlaşmalı sağlık kuruluşuna ilişkin yönlendirmeler dışında alınacak sağlık hizmetlerine ilişkin organizasyonlar,
- Tıbbi Nakil kapsamına uygun olmayan durumlar.

### 3.1.2 Suni Uzuv

Poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucunda fonksiyon kaybına uğramış bir organın tedavisi suni uzuv gerektirirse, suni uzuv giderleri (suni el, kol, bacak, göz ve estetik amaç taşımayan protezler), poliçe özel ve genel şartları, poliçede yazılı ödeme limit ve oranı dahilinde vaka başına ödenir. Sair protezlerde Sigorta Şirketinin ayrıca onayı alınacaktır.

Suni uzuv teminatı sadece kullanılan aparat (malzeme) için geçerlidir. Sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyetler için kullanılacak suni uzuvlar, var olan suni uzuvların yenilenmesi ve dış protezlerine ilişkin giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Poliçe kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası sigortalıların kullanacağı meme protezlerine ait giderler de bu teminat kapsamında değerlendirilecektir.

### 3.1.3 Özellikli Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan yatarak tedavisi esnasında özellikli malzeme kullanılması ve SGK'nın ödediği tutar üzerinde fark oluşması halinde poliçede yer alan teminat limit ve ödeme oranı dahilinde değerlendirilir.

### 3.2 Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta tedavi; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur.

### 3.3 Ek Hizmetler

Cigna Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında verilen ek hizmetler poliçe üzerinde belirtilmekte olup, sigortalı ancak poliçesinde belirtilen ek hizmetlerden faydalanabilecektir. Ek Hizmetler CIGNA'nın anlaşma yaptığı kurumlarda ücretsiz olarak kullanılabilir. Bu hizmetler aşağıdaki gibi olup poliçede belirtilen limit ile kapsam dahilinde geçerlidir.

- Online Doktor, Online Psikolog
- Diş Bakımı, Göz Muayene ve Check-up

Online Doktor ve Online Psikolog hizmetleri için [www.cigna.com.tr](http://www.cigna.com.tr) adresi üzerinden Online Doktor platformuna erişebilir, belirtilen listeden istediğiniz doktoru seçerek anında veya ileri bir tarihte, görüntülü veya yazılı olarak uzman doktor veya psikologlarla görüşme yapabilirsiniz.

Diş bakım, göz muayene ve check-up hizmetlerinden müşteri hizmetleri üzerinden randevu oluşturarak faydalanabilirsiniz.

### 3.4 Doğum

Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar doğum teminatı alabilir.

Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve Doğum Teminatı poliçede belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum Teminatı limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Gebelik ile ilgili periyodik doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), Ayakta Tedavi teminatı olan poliçelerde geçerli olup ayakta tedavi teminat limiti kapsamında karşılanır.

Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.

## 4. BEKLEME SÜRESİ

Yatarak Tedaviler kapsamında Kırmızı Alan durumları hariç olmak üzere, yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 3 ay sonra kapsama alınır. Kırmızı Alan tanımı için Poliçe Özel Şartlarında yer alan "Tanımlar" maddesi altında Triyaj Uygulaması tanımını dikkatlice okuyunuz. Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve şikayetlerin sigorta kapsamına dahil olunduktan 1 ay sonra ortaya çıkmış olması şartıyla poliçe teminatları, limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde kapsama alınır. Diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılar için de aynı şartlar geçerlidir.

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelik ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki poliçede seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk poliçe döneminde kapsam dışındadır.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

## 5. TEMİNAT DIŞI DURUMLAR

Aşağıda belirtilen durumlar, tedaviler ve giderler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ile düzenlenen teminat dışı hallere ek olarak sigorta kapsamı dışında tutulmuştur.

1. Önceden beyan edilmiş dahi olsa, sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık giderleri; sigorta süresinden önce yapılan operasyon ve tedavilerin yeniden ortaya çıkması / yeniden uygulanması ve bunların komplikasyonları (Ayrıca sigortalılık süresi boyunca ortaya çıkan ve devam eden fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar CIGNA tarafından saptandıktan sonra bu hastalıklar için istisna ve/veya ek prim uygulanabilir),
2. SGK tarafından sağlanan GSS'nin yürürlükte olmadığı (işten ayrılma, prim ödenmemesi vb.) durumlarda gerçekleştirilen sağlık giderleri,
3. SGK tarafından karşılanmayan ve sağlık kurumları tarafından temin edilerek yatarak tedavilerde kullanılan malzemeler ve ilaçlar ile ilgili olarak, sağlık sigortası sözleşmesinde belirtilen kural, teminat ve prosedürlere göre SGK tarafından ödenmesine kurallar dâhilinde izin verilen sağlık hizmetleri kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri,
4. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun ilgili maddesi uyarınca sağlık hizmetlerinden yararlanan şahısların, ödemekle yükümlü oldukları katılım payları ve uzman hekim raporu ve sağlık kurulu raporları ile ilgili giderler,
5. Omurga şekil bozuklukları (kifoz,skolyoz vb.) ile ilgili tedavi giderleri; horlama ve uyku apne sendromu, septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal valv hastalıklarına ait tüm giderler.
6. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi doğuştan gelen hastalık ve sakatlıklar, organ eksiklikleri, deformiteler, prematurite ve düşük doğum ağırlığı ile ilgili tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri, doğum sonrası bebeğe ait harcamalar, 7 yaş altı çocuklardaki tüm kasık ve göbek fıtıkları,
7. Kozmetik amaçlı yapılan her türlü tedavi, obezite ve metabolik sendrom ile ilgili tüm giderler, Bariatrik Cerrahi Yöntemleri (gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunum-ileostomi, bağırsak kısaltılması vb.), Hiperhidrozis (aşırı terleme) ile ilgili giderler,
8. Ağız, çene ve yüz cerrahisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ile ilgili muayene, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
9. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık, görme tembelliği, gözlük cam ve çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları giderleri ile bunlarla ilgili giderler,
10. Yurt dışında gerçekleşen her türlü ilaç giderleri ve sağlık harcamaları, yurt dışından getirilen her türlü ilaç; aşı giderleri, ortopedik ayakkabı, ayakkabı tabanlığı, koltuk değneği, boyunluk, tekerlekli sandalye, destekleyici korse, buz torbası vs ile ilgili giderler ve her türlü ortopedik destekleyici ile ilgili giderler ve işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vs. (K.K.T.C. yurt dışı olarak kabul edilmektedir.)
11. CIGNA Çağrı Merkezi aranmaksızın şehir içi ve dışında kullanılan ambulans giderleri,
12. Gündelik iş görememe, yol ve bakım ücretleri,
13. 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,
14. İkinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve diğer özel harcamalar,

15. SGK tarafından onaylansa dahi tüp bebek, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımcı üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vs.), kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vs.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve müteakip hormon tedavilerine bağlı tüm giderler,
16. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vs.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; polipe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
17. Türkiye’de kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen kök hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
18. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
19. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar ve yaralanmalar; eroin, morfin vs gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri; her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve kurumları ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık, psikosomatik hastalıklar, psikoterapi gerektiren durumlar ve ruh ve sinir hastalıklarına ait muayene, tedavi ve ilaç harcamaları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları, Parkinson, Alzheimer ve geriatrik hastalıklar,
20. Psikososyal nedenlerle kullanılan meme ve penil protez vb. giderleri,
21. 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde zikredilen ve gerekli görülen sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları,
22. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyon ücretleri (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vs), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
23. Sağlık Sigortası Genel Şartları’nda bulunan kapsam dışı haller (Sağlık Sigortaları Genel Şartlarına [www.cigna.com.tr](http://www.cigna.com.tr) den ulaşabilirsiniz),
24. Koroner Arter Kalsiyum Skrolama Testi, Koroner CT Anjiyo, EBT (Elektron Beam Tomografi), Sanal Anjiyo, Volüme Bilgisayarlı Tomografi (VCT), Sanal Kolonoskopi ve buna benzer tarama amaçlı yapılan tetkiklere ait giderler,
25. Akupunktur ve PRP (platelet rich plasma -trombositten zengin plazma) gibi alternatif tıp uygulamaları,
26. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (amatör havacılık, dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider, kullanım türüne bakılmaksızın motosiklet kullanımı ve kazalarından doğabilecek tüm sağlık giderleri,
27. Lisanslı ve/veya profesyonel yapılan her türlü spor sonucu meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar,
28. Ayakta tedavi edilen durumlarda kullanılan, ilaçlar ve aşılar,
29. Sigortalının hastalık sonucu iş göremezliğine bağlı maddi kayıplar,

30. Mesleki hastalıklar (asbestozis, pnömokonyosis, cıva zehirlenmesi, silikozis vb.)
31. Alerji aşıları ve alerjik hastalıkların klasifikasyon testleri,
32. Motor ve mental gelişim bozukluğu ile büyüme ve gelişme bozukluklarına ait giderler,
33. 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.),
34. Her türlü sünnet (fimosiz dahil) ile ilgili tüm giderler,
35. Ses ve konuşma terapilerine ait tüm giderler,
36. Poliçenin teminat tablosunda belirtilmeyen haller.

## 6. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Poliçe üzerinde belirtilen limitler ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup bu oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları hiçbir şekilde karşılanmaz. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

CIGNA, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurumlarda 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, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

Asistans firma aracılığı ile verilen online doktor ve online psikolog da dahil olmak üzere Anlaşmalı Sağlık Kurumlarının kapsamında olan kurum ve kuruluşlar Cigna tarafından sadece hizmet ağı olarak belirlenmekte olup, Cigna tarafından tavsiye edildiği veya hizmet kalitesinin garanti edildiği anlamına gelmemektedir. Cigna'nın sorumluluğu bu kurum ve kuruluşlardan sigortalının talebi üzerine alınacak sağlık hizmetinin poliçe şartları dahilinde sigortalıya sunulmasının sağlanması ile sınırlıdır. Tıbbi danışmanlık ve tıbbi bilgilendirmeler dahil ancak bunlarla sınırlı olmaksızın verilecek hizmetlere ilişkin tüm sorumluluk hizmeti veren kurum veya kuruluşa aittir.

CIGNA işbu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumlar listesinde değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Anlaşmalı Kurumlar listesinin güncel hali [www.cigna.com.tr](http://www.cigna.com.tr) adresinde yer almaktadır.

## 7. SİGORTAYA KABUL VE GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden, başvuru tarihinde 14 gün ile başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte 64 (dahil) yaşından küçük olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur.

Aynı poliçe kapsamında sadece anne, baba ve 24 yaşına (dahil) kadar bekar çocuklar sigortalanabilir. Sigortalının yıl içinde eşini poliçeye dâhil etmek istemesi halinde, evlilik tarihini takip eden 30 gün içerisinde başvuru formu doldurarak CIGNA'ya başvurması gereklidir. Evlat edinilen çocuk için yeni sigortalı girişi, CIGNA'ya 30 gün içerisinde başvuru yapılması durumunda mümkündür.

Süresi içerisinde yapılan başvurular, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde değerlendirilecek ve kabul edilmesi halinde, poliçeye giriş tarihleri olarak başvuru tarihi esas alınacaktır. Ancak yeni doğan bebek için sigortaya başvuru, bebeğin doğum tarihinden 14 günden sonra yapılabilir. Yapılan değerlendirme ile herhangi bir sağlık riski görülmemesi durumunda yeni doğan bebekler doğum tarihi itibarı ile poliçeye dahil edilebilirler.

Poliçeye eklenecek kişilerin (yeni doğan bebek, eş ve evlat edinilen çocuklar dahil) primleri, yıllık prim üzerinden gün



esasına göre hesaplanarak alınacaktır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

## 8. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

### 8.1. Diğer Sigorta Şirketlerinden Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigorta Poliçesine Geçiş (Transfer) İşlemleri

Sigortalı'nın başka sigorta şirketinden veya CIGNA'nın herhangi bir sağlık poliçesinden CIGNA Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına kabulünde;

Diğer sigorta şirketindeki poliçe bitiş tarihini takip eden ilk otuz (30) gün içerisinde CIGNA'ya Başvuru Formu ve Bilgilendirme Metni doldurarak başvurması gerekmektedir. Risk Kabul Birimi tarafından yapılacak değerlendirme sonucunda uygun görülmesi, CIGNA ile Sigorta Ettiren'in yeni sigorta sözleşmesinin koşullarında mutabık kalması durumunda ve kişilerin 30 gün içinde sigortalanması şartı ile kazanılmış hakları korunabilecektir.

– İşbu Özel Şartlarda belirtilen Ömür Boyu Yenileme Garantisi, önceki sigorta şirketinde kazanılmış olsa dahi, geçiş yapma talebinde bulunan sigortalı adayı için CIGNA tarafından yapılacak tıbbi ve teknik değerlendirme sonucuna göre korunabilecektir. Bu garantinin tanınması kararı CIGNA yetkisindedir.

– Önceki sigorta şirketinde teminat kapsamında olan ancak CIGNA'nın tercih edilen sigorta ürününde bulunmayan teminat ve hizmetler kapsam dışında kalacaktır.

– Geçiş sırasında Sigortalı adayının hamilelik durumu olsun ya da olmasın Annelik Doğum Teminatı ile Annelik Rutin Kontrol Teminatları için Poliçe Özel Şartları'nda belirtilen bekleme süreleri her durumda geçerli olacaktır.

– Önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olsa dahi, mevcut rahatsızlıkları ve hastalıkları ile başvuru ve beyan formundaki beyanı, geçiş bilgilerinde belirtilen hastalık riskleri çerçevesinde risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir.

– Önceki sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunmalıdır.

CIGNA 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. CIGNA, Cigna Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartlar çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna / hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

### 8.2. Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Poliçesine Geçiş

Grup sözleşmesi kapsamında verilen ÖBYG hakkının, ferdî poliçeye geçiş sırasında geçerli olabilmesi için; sigortalının, sigorta ettiren bünyesinden emekli olma, istifa etme veya işten çıkarılma nedenleriyle grup sözleşmesinden çıkarıldığı ya da sigorta ettirenin herhangi bir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı alması sonrasında poliçelerinin bittiği veya iptal edildiği tarihten itibaren en geç otuz (30) gün içerisinde Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi için başvurması gerekmektedir. Bu durumdaki bir sigortalının Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında bulunan tüm bağımlılarıyla birlikte, Grup Sözleşmesinde mevcut olan sağlık teminatlarına muadil veya en yakın Tamamlayıcı Sağlık Teminatları içeren bir ürüne geçmesi esastır. Hamilelik ve doğum teminatı için kazanılmış haklar geçiş sırasında dikkate alınmayacak, bekleme süresi tekrardan uygulanacaktır.

Geçiş esnasındaki tıbbi risk değerlendirilmesi ise grup bünyesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının kazanıldığı tarihe kadar gerçekleşen tazminat detayları ve sigortalının sağlık durumu dikkate alınarak yapılacaktır. Yapılan bu değerlendirme sonucunda, sigortacının ek şart (muafiyet, limit, ek prim, bekleme süresi vb.) uygulama, ÖBYG hakkını verme veya vermeme hakkı saklıdır.

Yukarıda belirtilen şartların sağlanmaması durumunda; sigortalının tüm sigortalılık süresi dikkate alınarak yeniden risk analizi yapılacaktır.

Sigortacının ÖBYG verdiği sigortalılarına sunduğu bireysel sağlık poliçesi, poliçenin yürürlükte olduğu dönemdeki (tüm portföyü için geçerli olan) bireysel Özel Şartlara tabidir.

## 9. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

Rizikonun gerçekleşmesi durumunda en kısa zamanda sigortacıya bilgi verilmesi, bildirim esnasında sigortacının yönlendirmesi çerçevesinde hareket edilmesi gerekmektedir.

Tazminat ödeme yükümlülüğü tüm gerekli bilgi ve belgelerin iletilmesi halinde genel şartlar ve özel şartlar çerçevesinde teminat veren CIGNA'ya ait olup Türk Ticaret Kanunu ("TTK")'da öngörülen süreler içerisinde tamamlanacaktır.

## 10. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Rizikonun gerçekleşmesi ve sigortalının tedavisi için anlaşmalı kuruma başvurusu halinde CIGNA'nın ödemeyi taahhüt ettiği tutar, poliçede yazılı olan network, teminatlar, limitler ve ödeme yüzdeleri ile sınırlı olup tazminat talebi, TTK, Poliçe Özel Şartları ile Genel Şartlar kapsamında değerlendirilir. Provizyon onayı akabinde ödeme anlaşmalı kuruma gerçekleştirilebilecektir.

Sigortalının yatarak tedavi gerektiren durumlar hariç olmak üzere, anlaşmasız kuruma gitmesi halinde oluşan giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Tedavi için başvuru alan anlaşmalı kurumda anlaşmasız (personel olmayan ve SGK ile anlaşması bulunmayan) doktorlar tarafından yapılacak tüm tedavi, tetkik vb. işlemler bu poliçe kapsamında ödenmez.

CIGNA ile anlaşması olmayan fakat SGK ile anlaşması olan sağlık kurumlarında gerçekleşen sadece Yatarak Tedavi teminatına ait fark faturalarına dair tutar sigortalının CIGNA'ya gerekli evrakları teslim etmesinden sonra Özel Şartlar dahilinde, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak TTK'da öngörülen süreler içerisinde CIGNA tarafından sigortalının belirttiği banka hesabına gönderilmek suretiyle karşılanır. Söz konusu gerekli evraklar aşağıdaki gibidir;

- Sağlık gideri için [www.cigna.com.tr](http://www.cigna.com.tr) adresinde yer alan "Tazminat Talep Formu"
- GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (örnek: E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü, E-nabız).
- Tazminat talebine konu fatura
- Yatış / ameliyat epikrizi, patoloji raporu vb.
- Özel sağlık sigortası hasta bilgi formu
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb.

SUT'ta "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri bedelleri poliçe kapsamında dahil olmayıp, tazminat ödemesine konu olmayacaktır. Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri kapsam dahilinde değildir. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri değiştiği takdirde poliçe şartları da aynı şekilde değişecektir.

Sigorta şirketi, yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, SAGMER'e işbu sigorta poliçesindeki sigortalılara ait poliçe ve sağlık bilgilerinin ibraz etmeyle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi, işbu sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında Şirketçe alınmış her türlü bilginin (hasar, teminat detayları, sağlık bilgileri, kişisel bilgiler vb.) talep edilmesi durumunda resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmiş sayılmaktadır.

## 11. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ VERİLMESİ

### 11.1 Sözleşmenin Yenilenmesi

Sigortalı, vadesi dolan sağlık sigortası poliçelerini 30 gün içinde yenilemelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir.

CIGNA henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan sigortalılar için yenileme sürecinde yapılan risk değerlendirme sonucu (beyan edilen veya poliçe yılı içerisinde ortaya çıkan hastalık / rahatsızlıklar, ödenen tazminatlara konu işlemler) yenileme poliçeye katılım payı, muafiyet, istisna, bekleme süresi, üst limit ve ek sağlık primi uygulayabilir, poliçeyi yenilememeye karar verebilir.

Sigortalıya ait özel istisnalar, poliçe yenilendiğinde sigorta şirketince hükümsüzlüğüne karar verilmedikçe yenilenen poliçelerde de aynı şekilde devam eder.

Yenileme aşamasında yenileme teklifinin sigorta ettiren tarafından onaylanması gerekmektedir.

CIGNA poliçe açılırken veya poliçe süresi içerisinde sigortalıya ait sağlık bilgilerinin (poliçe öncesine ait olsa dahi) özel veya resmi sağlık kurumlarından, özel sigorta şirketlerinden veya Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden isteme hakkına sahiptir.

Poliçenin yenilenmesi için tarafların bu konuda açıkça anlaşmış olmaları gerekir. Yeni dönem için taraflar açıkça anlaşmış olsalar dahi, CIGNA'nın sorumluluğu ancak yeni döneme ait primin ödenmesi koşulu ile başlar. Poliçenin teminatları, poliçede belirtilmiş olan başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğleyin saat 12:00'da başlar ve bitiş tarihinde öğleyin saat 12:00'da sona erer.

### 11.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, poliçenin CIGNA tarafından mevcut sigorta poliçesinin kapsamı (teminatlar, tanımlı limitler, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde ömür boyu yenilenmesini taahhüt eden bir garantidir. Taahhüt sağlık dışı teminatları kapsamamaktadır.

Sigorta 1 yıl sürelidir. Ancak sigortanın CIGNA'da 3 yıl üst üste hiç kesintiye uğratılmadan yenilenmesi durumunda CIGNA 3 yıl sonunda, sigortalının sağlık durumunu esas alarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını değerlendirir. Bu değerlendirmede, sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarını CIGNA'ya bildirmiş olduğu kabul edilmektedir.

Yapılan inceleme sonucunda CIGNA;

– Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primleri tekrar değerlendirebilir,

– Ömür boyu yenileme garantisi hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi ve/veya istisna uygulamak sureti ile “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı verebilir,

– Ömür boyu yenileme garantisini vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olan sigortalının başvuru/yenileme sırasında vermiş olduğu sağlık beyanında poliçe primi ve/veya sigortalıya ait ek şartlarını değiştirecek gerçeğe aykırılık saptanırsa veya sigortalı olmadan önce var olan beyan edilmemiş bir hastalık veya rahatsızlığının CIGNA tarafından tespit edilmesi halinde tespit edildiği tarih itibarı ile Poliçesi iptal edilebilir, ömür boyu yenileme garantisi iptal edilebilir veya tespit edilen hastalık ve/veya rahatsızlık için ek

prim, katılım protokolü, üst limit veya istisna uygulanabilir. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi ilgili hastalık/rahatsızlığa uygulanan istisna, katılım protokolü, üst limit veya ek primle birlikte devam eder. Ek prim uygulaması yerine sigortalı isterse bu rahatsızlığı/hastalığı ile ilgili istisna uygulanabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi bireye özel olarak verilir. Aile bireyleriyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan kişi / kişilerden birisine ömür boyu yenileme garantisi verilmesi, poliçedeki diğer aile bireyelerine de yenileme garantisi verildiği anlamına gelmez.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, diğer şirkette ömür boyu yenileme garantisi almış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için sağlık profilini belgelendirmesi gerekmektedir. Kişinin belgeleri CIGNA tarafından incelenerek risk değerlendirilmesi yapılır ve ömür boyu yenileme garantisinin verilip verilmeyeceğine karar verilir.

Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde, ömür boyu yenileme garantisi almamış olan sigortalının bu hakkının verilebilmesi için diğer sigorta şirketinde geçirmiş olduğu süre dikkate alınmaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi alındıktan sonra, sigortalı sigorta ürünü değiştirmek ve teminat kapsamını genişletmek istediği takdirde, CIGNA Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni yeniden değerlendirir. CIGNA bu değerlendirme sonucuna göre ürün değişikliğini reddetme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) kabul etme hakkına sahiptir.

## 12. PRIM TESPİTİ

### 12.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Satışta olan ürünlerin primleri, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş ve cinsiyet için ödeme planı ve iline göre sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prim bedelleridir.

Ürünlerin fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon, özel sağlık kurumları ile yapılan anlaşmalarda yer alan SUT üzerinden karar verilen katsayılar ve bu katsayılardaki değişiklikler, SUT'ta olan değişiklikler, teknolojideki yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri, ürün kar/zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün fiyatları gerekli görüldüğü durumlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Prim tespitine ilişkin kriterlere istinaden yapılan değerlendirmeler sonrası ömür boyu yenileme garantisi olan sigortalılar da dahil olmak üzere her yaş ve cinsiyete ilişkin tarife primi belirlenir. Tarife primindeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır.

İlk defa sigortalanacak kişilerin prim tespitinde ürün tablo fiyatı kullanılır. Önceki dönemlerde şirketimizden sağlık poliçesi almış ancak daha sonra poliçesini devam ettirmemiş kişilerin şirketimizden tekrar yeni iş olarak sağlık sigortası talep etmeleri durumunda önceki dönemlerdeki sağlık durumu, sağlık harcamaları gibi kriterlerin göz önüne alınması sonucu kişiye ait prim tablo priminden daha düşük veya daha yüksek çıkabilir.

İkamet edilen il, aile olmak, ek teminatlar (örneğin doğum vb.), ilk defa poliçe sahibi olması, kişilere özel uygulanan hastalık ek primi, sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı, başka şirketten alınan poliçelere veya gruplara verilebilecek özel indirimler veya ek primler tablo fiyatının artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

Sigorta başlangıç tarihinden sonra aile kapsamına eş, çocuk eklenmesi durumunda ya da plan değişikliği talebinde bulunulması durumunda CIGNA'nın ilgili talebi kabul etmeme hakkı saklı kalmak kaydıyla değerlendirme yapılır.

Sigortalıların primleri, indirimleri ve vadeleri, teminatları, limit, katılım vb. plan bilgileri poliçe üzerinde belirtilir.

Grup poliçesinden ferdi poliçeye geçen sigortalılarda tazminat / prim oranına bağlı indirim uygulanmamaktadır. Poliçe primi sigorta başlangıç tarihindeki yaş ve cinsiyet baz alınarak hesaplanır.

CIGNA, belirli kurallar veya kampanyalar (Aile indirimi, ilk defa sağlık sigortasına giriş indirimi vb.) çerçevesinde indirimler sunabilir ve indirim oranını değiştirme veya indirim uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

CIGNA aşağıda belirtilen şartlarda poliçeler için indirim ve/veya ek prim uygulayabilmektedir.

## 12.2 Hastalık Ek Primi

Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanmamış olan sigortalılar için bir önceki sigorta yılı içerisinde teşhisi konan, ancak tedavisi mümkün olmayan ve/veya tekrarlama ihtimali yüksek ve/veya kronik hastalıklarda ve sigortanın kullanım sıklığına bağlı olarak, yeni yıl primlerine tazminat / prim oranından bağımsız olarak ek prim konabilir, katılım protokolü uygulanabilir ve/veya o hastalıkla ilgili tedaviler istisna kabul edilebilir. Konulacak olan ek prim tutarı, bir önceki yılın toplam poliçe priminin 2 katını aşmayacaktır.

## 13. SİGORTA SÜRESİ VE SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

### 13.1 Sigorta Süresi

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu dönemi ifade eder. Sigortanın süresi, 1 yıldır ve poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri arasında yürürlükte kalır. Poliçe üzerinde belirtilen başlangıç tarihinde saat 12:00'da başlar ve poliçe üzerinde belirtilen bitiş tarihinde, saat 12:00'da sona erer.

### 13.2 Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Sigorta teminatları, başvurunun CIGNA tarafından onaylanması ve poliçe priminin tamamının veya taksitli ödenmesi kararlaştırıldı ise ilk taksitinin ödenmesi ile yürürlüğe girer.

Sigorta Ettiren, Sigorta Ettiren ile CIGNA tarafından mutabık kalınan / kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini, kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur ve CIGNA tarafından Sigorta Ettiren'in bilinen son adresine yazılı ihtar gönderir. Riskin gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.

### 13.3 Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın İptal Hakkı

#### 13.3.1 Başlangıçta İptal Hakkı

Sigorta Ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde cayma hakkı bulunmaktadır. Cayma talebinde bulunulması halinde rizikonun gerçekleşmediği dönemlerde ödenen primler kesintisiz olarak sigorta ettirene iade edilir. İlk 30 (otuz) gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda veya bu süreyi aşan diğer tüm iptal taleplerinde sigorta şirketinin sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

#### 13.3.2 Sigorta Süresi İçinde İptal Hakkı

Sigorta Ettiren, personelin şirketten emekli olma, istifa etme, işten çıkartılma veya vefat etme nedeniyle grubun kadrosunda yer almayan personel ile varsa bağımlılarının bilgilerini; boşanma ve/veya çocuk/ların evlenmesi nedeniyle meydana gelen bağımlı çıkışlarına ait bilgileri çıkış nedenleri ile birlikte CIGNA'ya derhal bildirmekle yükümlüdür. Belirtilmiş olan nedenlerden dolayı poliçe başlangıç ve poliçe bitiş tarihleri arasında gerçekleşen personel ve/veya bağımlılarının sigorta çıkışına ait prim iadeleri gün esaslı üzerinden hesaplanır.

Sigortalının poliçe geçerlilik süresi; şirketinden ayrıldığı tarih itibari ile son bulacaktır.

Sigorta kapsamından ayrılan personelin eş ve çocuklarının (sigorta kapsamına dahil edilmiş ise) da teminatı kendiliğinden sona erer.

Personel ve/veya bağımlılarının her ne sebeple olursa olsun şirketleri ile ilişkileri kesildiğinin CIGNA tarafından tespiti durumunda, sigortalılar ilgili gruptan ilişiyin kesildiği tarih itibarıyla poliçe kapsamından çıkarılır.

Bu yükümlülükler uyulmaması halinde Sigorta Ettiren, CIGNA'yı ortaya çıkabilecek tüm taleplerden muaf kılmayı ve bu talepleri karşılamayı peşin olarak kabul eder.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigorta ettirenin / sigortalının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigorta şirketinin hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigortalının ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigorta şirketinin hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigorta şirketinin hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigorta şirketinin ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarına kadar olan kısım muaccel hâle gelir.

Polİçe başlangıç tarihinden sonra gelen birey çıkışı (eş, çocuk) taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

### 13.3.3 Prim Borcu Nedeni ile İptal

Sigorta primi veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise peşinatı poliçenin teslimine rağmen ödenmemişse, CIGNA'nın sorumluluğu başlamaz. Rizikonun gerçekleşmesi halinde taksitlerin tümü muaccel olur. Sigorta ettiren vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

TTK 1434. Madde uyarınca ilk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim vadesinde ödenmez ise; CIGNA, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağıının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise; izleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, CIGNA sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. CIGNA'nın, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.

### 13.3.4 Diğer

Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkelerine aykırı davranan, sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya sağlık gider belgelerinin sigorta sözleşmesi kapsamındaki diğer kimseler adına düzenletirilmesi gibi kötü niyetli hareketlerinin saptanması durumunda CIGNA, bu şekilde yapılmış bir tazminat talebini ödemiş olduğu olması halinde, ödemiş olduğu sağlık giderlerini geri alma (rücu) ve sigorta sözleşmesini bazı veya tüm sigortalılar için kısmen veya tamamen mebdenden iptal etmek hakkına sahiptir. Sigortalının, iyi niyet prensibi ile bağdaşmayan tazminat talepleri nedeni ile CIGNA'nın uğrayacağı zararlardan Sigorta Ettiren, Sigortalı ile birlikte sorumludur.

## 14. VEFAT

Sigortalılardan birinin vefat etmesi durumunda, vefat eden sigortalının poliçeden vefat tarihi itibarıyla çıkışı yapılır. Yukarıda belirtilen iptal şartları doğrultusunda varsa prim iadesi poliçenin sigorta ettirenine yapılır.

## 15. RÜCU

CIGNA, Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

CIGNA, Sigortalı / Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na veya sigortalı / sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/sigortalılardan talep edebilir.

Sigortalı/sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. CIGNA'nın anılan ödemeye ilişkin

provizyon onayı ve sarı şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle CIGNA'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

## 16. BİLGİLENDİRME

CIGNA, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurumları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

CIGNA, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene / sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. CIGNA, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik / hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı / sigorta ettiren tarafından CIGNA'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, CIGNA bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır. Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin CIGNA'ya iletilmiş olması zorunludur.

Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

## 17. KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME

CIGNA'dan hizmet almak / ürün temin etmek için tarafımıza bildirdiğiniz veya tarafımızca çeşitli kanallarla temin edilen kişisel verileriniz ve sağlık verileriniz Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında "Veri Sorumlusu" sıfatıyla işlenmektedir. Kişisel verileriniz, Şirketimiz ürün ve hizmetlerinin sunulabilmesi, Şirketimizden aldığınız / alacağınız ürün ve hizmete ilişkin iletişim kurulabilmesi, ayrıca bu konuda izin vermiş olmanız durumunda pazarlama faaliyetlerinde kullanılabilmesi, modelleme, raporlama, skorlama, risk ölçümü ve izleme, tazminat taleplerini değerlendirebilme, bilgi toplama, Şirketimiz ve iştiraklerimizin mevcut veya yeni ürün çalışmaları ve potansiyel müşteri tespiti, mevzuattan ve sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hukuki yükümlülükleri yerine getirme, sigorta sözleşmesinin kurulmasıyla ve ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması sebebiyle gerekli olması, Kanunlarda açıkça öngörülmesi vb. amaçlar ile sigortacılık faaliyetleri ile ilişkili olarak işlenmektedir. 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 veri olup bunlardan sağlık ve cinsel hayata ilişkin olanlar ancak onay verilmesi durumunda işlenebilmektedir. Ayrıntılı kurallar için [www.cigna.com.tr/kisisel-verilerin-korunmasi](http://www.cigna.com.tr/kisisel-verilerin-korunmasi) adresinde yer alan Kullanım Koşulları, Aydınlatma Metni, Gizlilik Politikası ve KVKK Başvuru Formu'na bakabilirsiniz.

Kişisel verileriniz ve sağlık verileriniz yasal olarak aktarılması gereken idari ve resmi makamlara, Sigortacılık Kanunu uyarınca bilgi aktarımına izin verilen kuruluşlar ile Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, SGK, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Kurumları, Sigorta Şirketleri, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Sermaye Piyasası Kurumu, Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası gibi tüzel kişilere hukuki zorunluluklar nedeniyle ve yasal sınırlamalar çerçevesinde aktarılabilir. Belirtilen amaçlarla kişisel verileriniz ve sağlık verileriniz Sigorta, Vergi, MASAK, SGK mevzuatı ve şirketimizi ilgilendiren sair mevzuatlar sebebiyle işlenmektedir.

Kişisel verileriniz ve sağlık verileriniz Genel Müdürlük veya şubelerimiz, anlaşmalı sağlık kurumları ve aracılık / acentelik sıfatı ile faaliyetlerini yürüttüğümüz şirketler, web siteleri üzerinden yapılmış olan başvurular, internet kanalımız, çağrı merkezlerimiz, sosyal medya, müşteri görüşmeleri, adli kayıtların taranması, kimlik paylaşım sistemi, adres paylaşım sistemi, SMS kanalları, web sitelerine yapılan dijital başvurular, tüm mobil uygulamalarımız, satış ekiplerine yapılan yazılı / dijital başvurular, online satış siteleri, SGK kayıtları, çağrı merkezi hizmeti alınan şirketler, PTT vb. yöntemlerle şirketimizin müşterileriyle iletişime geçtiği veya ileride iletişime geçebileceği diğer kanallar vasıtasıyla toplanmakta ve ilgili mevzuat gereğince kanuni süreler içerisinde saklanmaktadır.

Sigortacılık ürün ve hizmetleri ile ilgili olarak ve mevzuatın izin verdiği ölçüde kişisel verileriniz ve sağlık verileriniz yurt içi ve yurt dışında bulunan; şirketimizin doğrudan ve dolaylı hissedarlarıyla, iştirakleriyle, destek hizmeti alınan kurumlarla,

bağımsız denetim şirketleriyle, danışmanlarla, reasürör şirketlerle ve diğer ilgili kişi ve kurumlarla, yetkili acente ve brokerler ile, başvuru ve poliçe oluşturulurken sigortalı adayının sağlık durumu konusunda uzman görüşü veren sağlık konusunda eğitilmiş kişi ve kurumlarla, tazminat başvurularında ise, yurt içinde ya da yurt dışında yapılacak sağlık işlemini inceleyerek onay veren provizyon hizmet kurumlarıyla, sağlık konusunda asistans hizmeti veren kurumlarla, aktüeryal hesaplama yapmak üzere aktüerlerle paylaşılabilir.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu 11.maddesi uyarınca; kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmiş olması halinde buna ilişkin bilgi talep etme, işleme amacı ve buna uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde ve yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, yanlış işlenmiş olması halinde bunların düzeltilmesini talep etme, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme, düzeltme veya silme işlemlerinin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme, işlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararın giderilmesini talep etme haklarınız bulunmaktadır.