

WIP (Worldcare Insurance Plan)
Sağlık Sigortası Özel Şartları
ve
Sağlık Sigortası Genel Şartları

24
TELEMED

 **YapıKredi**
Sigorta
Sağlık için

Sayın Sigortalımız,

Sağlık Sigortası alanındaki öncülüğümüzü sürdürerek sizlere en modern sağlık kuruluşlarında, en hızlı sağlık hizmetini, en ekonomik koşullarda alma olanağını Yapı Kredi Sigorta güvencesinde sunuyoruz.

Sağlık Sigortası Genel Şartlarını ve WIP Sağlık Sigortası Özel Şartlarını içeren bu kitapçığın sizleri bilgilendireceğini umarak, şirketimizi seçtiğiniz için teşekkür eder, sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

Saygılarımızla,

Yapı Kredi Sigorta A.Ş.

Bu kitapçık **WIP Sağlık Sigortası Poliçesi**'nin ayrılmaz bir parçasıdır.

Yayın tarihi : 01.05.2007

İÇİNDEKİLER

WIP SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Madde	1- Sigorta Konusu	1
Madde	2- Sigorta Tanımları	1
Madde	3- Sigorta Teminatları	2
Madde	4- Sigorta Süresi.....	5
Madde	5- Sigortaya Kabul.....	5
Madde	6- Primlerin Ödenmemesi veya Sigortalının Talebi Sonucu İptal	5
Madde	7- Kötü Niyet Sonucu İptal	6
Madde	8- Sağlık Gideri Ödemeleri	6
Madde	9- Sigortanın Coğrafi Sınırı.....	7
Madde	10- Yurt Dışındaki Sağlık Harcamaları	7
Madde	11- Yapı Kredi Sigorta Acil Hizmeti.....	7
Madde	12- Kontrol Yetkisi	7
Madde	13- Sigorta Primi	7
Madde	14- Prim Ödemeleri.....	7
Madde	15- Teminat Kapsamı Dışındaki Durumlar	8
Madde	16- Sözleşmenin Yenilenmesi	10
Madde	17- Beyan Yükümlülüğü.....	10
Madde	18- Rücu Hakkı	10
Madde	19- Sigortalının ve/veya Sigorta Ettirenin Vefatı	10
Madde	20- Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler	11
	WIP Sağlık Sigortası Plan ve Teminat Tablosu.....	12

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Madde	1- Teminat Kapsamı	25
Madde	2- Teminat Dışı Kalan Haller	25
Madde	3- Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller.....	25
Madde	4- Sigortanın Coğrafi Sınırı.....	25
Madde	5- Sigortanın Başlangıcı ve Sonu.....	25
Madde	6- Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü.....	25
Madde	7- Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü.....	26
Madde	8- Sigorta Ücretinin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması	26
Madde	9- Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri	26
Madde	10- Masrafların Tesbiti	27
Madde	11- Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı	28
Madde	12- Müşterek Sigorta	28
Madde	13- Sırların Saklı Tutulması	28
Madde	14- Tebliğ ve İhbarlar	28
Madde	15- Yetkili Mahkeme	28
Madde	16- Zaman Aşımı.....	28
Madde	17- Özel Şartlar	28

CONTENTS

SPECIAL CONDITIONS OF WIP HEALTH INSURANCE

Article	1- Subject of Insurance.....	13
Article	2- Insurance Definitions.....	13
Article	3- Insurance Benefits	14
Article	4- Duration of the Insurance	17
Article	5- Eligibility	17
Article	6- Cancellation of the Insurance Due to Unpaid Premiums or at the Request of the Insured	17
Article	7- Cancellation Due To Fraud.....	18
Article	8- Claim Payments.....	18
Article	9- Geographical Scope of the Insurance.....	19
Article	10- Medical Expenses Abroad.....	19
Article	11- Yapı Kredi Sigorta Service Net	19
Article	12- Right to Control	19
Article	13- Insurance Premiums	19
Article	14- Premium Payments.....	20
Article	15- Exclusion	20
Article	16- Renewal of the Contract.....	22
Article	17- Disclosure Obligations	22
Article	18- The Right of Reclamation.....	23
Article	19- The Death of the Insured and/or the Policyholder	23
Article	20- Treatment After Termination of the Insurance Period	23
	WIP Health Insurance Plan and Coverage Table	24

HEALTH INSURANCE GENERAL CONDITIONS

Article	1- Scope of Coverage	29
Article	2- Exclusions.....	29
Article	3- Exclusions if There is no Agreement to the Contrary.....	29
Article	4- Territorial Scope	29
Article	5- Commencement and Expiry of the Policy	29
Article	6- Declaration Obligations of the Policy Holder	29
Article	7- Obligation of Notification During Insurance Period	30
Article	8- Payment of the Insurance Cost and Beginning of the Responsibility of the Insurer	30
Article	9- Obligations of the Policyholder in the Event of Claim	30
Article	10- Determinations of Expenses.....	31
Article	11- Results of Indemnity and Responsibilities of the Insurer	32
Article	12- Co-Insurance.....	32
Article	13- Confidentiality	32
Article	14- Communications and Notifications.....	32
Article	15- Authorized Court	32
Article	16- Lapse of Time	32
Article	17- Special Conditions.....	32

WIP SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Bu Özel Şartlar 01.05.2007 tarihi itibarıyla Başvuru Formları düzenlenen WIP Sağlık Sigortası Poliçeleri için geçerlidir.

MADDE 1 SİGORTA KONUSU

Bu sigorta sözleşmesi uyarınca Yapı Kredi Sigorta A.Ş. (bundan sonra Sigortacı olarak geçecektir), sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde olabilecek kaza, hastalık ya da ölüm halinde giderleri, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve burada düzenlenen Özel Şartlar doğrultusunda, son durum gösteren poliçede belirtilen plan kapsamındaki teminatlar ve limitler dahilinde güvence altına almaktadır. Sigorta teminat kapsamının belirlenmesinde son durum poliçesindeki bilgiler esas alınır.

MADDE 2 SİGORTA TANIMLARI

SİGORTALI

Sigorta kapsamı dahilindeki, poliçede sigortalı, eşi ve çocukları sıfatıyla adı belirtilmiş kişilerdir.

AİLE KAPSAMINDAKİ SİGORTALILAR

Sigorta kapsamına dahil olan, eş ve/veya sigortalı kişinin bakmakla yükümlü olduğu, sigortaya giriş tarihinde 15 günden büyük, 24 yaşından küçük evlenmemiş çocuklardır. (24 yaşından itibaren çocuklar için, yetişkin primi ödenir.)

DOKTOR

Tedavinin yapıldığı ülkedeki resmi kurumlarca çalışma ruhsatı verilmiş, hastane ve kliniklerde görevli ya da muayenehane açmaya ehliyetli kişilerdir.

HASTANE

Bulunduğu ülkede cerrahi ya da yatarak verilen tıbbi sağlık hizmetleri sunmak için resmi çalışma ruhsatı verilmiş, sürekli doktor gözetiminde bulunan kurumlardır.

UYRUK

Başvuru formunda sigortalının beyan ettiği uyruk esas alınacaktır. Sigortaya aile kapsamında eş ve çocuklar dahil edildiklerinde, bu kişilerin uyruğu, sigortalının başvuru formundaki beyanı ile aynı kabul edilecektir.

SÜREKLİ İKAMET EDİLEN ÜLKE

Sigorta kapsamının yürürlüğe girdiği tarihte ikamet edilen ve her bir sigortalı için başvuru formunda beyan edilen ülkedir. Sigortacı, sigortalının

sürekli ikamet ettiği ülkenin değişmesi halinde en geç bir ay içinde yazılı olarak durumdan haberdar edilmelidir. Sürekli ikamet edilen ülkede değişiklik olması, sigorta yılı içinde sigortalının kesintisiz olarak üç aydan fazla başka bir ülkede yaşaması anlamına gelmektedir. Sigortacı, böyle bir durumun tespiti amacıyla pasaport talep etme ve yurt dışında gerçekleşen giderleri ödememe hakkını elinde tutar.

KAZA

Sigortalının isteği dışında belirgin olarak, bir dış etkenden kaynaklanan durum sonucunda ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan olaydır.

MAKUL GİDERLER

Hizmet sunulan bölgede, benzer sağlık sorunlarında aynı veya birbirine yakın tedaviler ve tıbbi bakım için talep edilen genel seviyeyi aşmayan sağlık giderleridir.

TOPLAM MAKSİMUM HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ

Bu sigorta kapsamında, sigorta yılı içinde teminat altına alınan hastanede yatış süresi 180 gün olup, yoğun bakımda yatış süresi bu süre içinde 90 gündür. Sigortalı olunan tüm yıllar boyunca, sigortalının hastanede yatarak göreceği tedavi giderleri maksimum 730 gün ile sınırlıdır.

YILLIK LİMİT

Her bir sigortalı için sigorta yılı içinde, "sigorta teminatı kapsamındaki gider" olarak kabul edilecek maksimum tutardır.

Sigortacı tarafından karşılanmayan muafiyet tutarları ve ABD/Kanada'da gerçekleşen giderlerde sigortalı tarafından karşılanan %25'lik tutarlar yıllık limit dahilinde dikkate alınarak kalan limit belirlenir.

YATARAK TEDAVİ MUAFİYETİ

Yatarak Tedavi Teminat Gruplarında geçerli, sigorta teminatı kapsamındaki giderlerde her bir sigortalı için her olay / her rahatsızlık ve her sağlık durumunda uygulanmak üzere, Sigortacı tarafından karşılanmayacak olan, sigortalının ödemeyi üstlendiği poliçede yazılı tutardır.

Farklı rahatsızlıklar nedeniyle, aynı zamanda yapılan tedaviler ayrı ayrı değerlendirilerek her birine muafiyet uygulanacaktır.

Aynı olay ya da aynı rahatsızlıkla ilgili olsa bile, sigortalının 90 gün veya daha uzun süre Yatarak Tedavi Teminat Grupları kapsamında sağlık hizmeti almaması durumunda daha sonra alacağı hizmet tamamen ayrı bir sağlık durumu olarak değerlendirilir ve poliçede yazılı yatarak tedavi muafiyeti yeniden uygulanır.

AYAKTA TEDAVİ MUAFİYETİ

Ayakta Tedavi Hizmetleri Teminatı'nda geçerli, sigorta teminatı kapsamındaki giderlerde poliçe kapsamındaki her bir sigortalı için hastalık başına Sigortacı tarafından karşılanmayacak olan, sigortalının ödemeyi üstlendiği poliçede yazılı tutardır. Bu tutar, hastalık başına 50 USD'dir.

YENİLEME GARANTİSİ

İlk olarak yapılan sözleşmenin başlangıç tarihinden 24 ay sonra ikinci sözleşmenin de 12 ay sonunda karşılıklı anlaşma ile kesintisiz yapılmış olması koşuluyla, Sigortacının her bir sigortalının durumunun değerlendirmesi sonucunda aldığı karara göre verebileceği, 75 yaşına kadar her sözleşme bitiş tarihinde bu sigortalı için o sırada geçerli prim tarifesi üzerinden aynı teminatlarla yeni sözleşme yapma garantisidir. Ancak sözleşme başlangıç tarihinden sonra, sigortaya aile kapsamında eş ve çocuk dahil edilmiş ise, eş ve/veya çocuklar için 24 aylık süre bu sigortalıların sigortaya kabul tarihleri dikkate alınarak hesaplanır.

Sigortacı, sigortalının durumunun değerlendirilmesi amacıyla doktor raporu ve tetkikler talep edebilecektir. Sigortacı yapacağı değerlendirme sonucunda yenileme garantisi verme veya vermeme hakkına sahiptir.

Yenileme garantisi verilen her bir sigortalının adı soyadı belirtilerek yenileme garantisinin verildiği poliçe üzerine yazılacaktır. Yenileme garantisinin verilmiş olması sigortalı için kazanılmış hak oluşturmaz.

Yenileme garantisinin geçerliliğini koruması için tüm sözleşmelerin başlangıç ve bitiş tarihlerinin birbirini takip edecek şekilde kesintisiz yapılmış olması gerekmektedir.

Sigorta sözleşmesinin süresi bir yıldır. Yenileme garantisi verildikten sonra Sigortacı her yeni sözleşmenin başlangıç tarihinde sigortalılardan sağlık bildirimini isteyebilir ve aynı kategorideki tüm sözleşmeler için Sigorta Özel Şartlarını, "Teminatlar Tablosu"nu, sigorta planını ve prim tarifelerini değiştirme hakkını saklı tutar. Sigortacı tarafından yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Yenileme garantisi verilmesi aşamasında ve sonrasında sigortalının/sigorta ettirenin beyanında sağlık durumunun değerlendirilmesini etkileyen bilgileri gizli tutması veya yanlış bilgi vermesi sözkonusu ise Sigortacının Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 5'te düzenlenen hakları saklıdır ve yenileme garantisi hükümsüzdür.

Yenileme garantisi verilmiş sigortalının deviasyon ve konka ameliyat giderleri kapsam dahilindedir. Aynı zamanda beş yıllık sigortalılık

süresini de tamamlamış sigortalının tanısı sigortalılık süresi içinde konulması şartıyla doğuştan gelen hastalıkları ile ilgili giderleri kapsam dahilindedir.

ÖNCEDEDEN VAR OLAN RAHATSIZLIKLAR

Sigortacıya beyan edilerek Sigortacı tarafından kabul edilen durumlar dışında, sigorta başlangıç tarihinin öncesinde mevcut olup da beyan edilmemiş şikayetler ile tedavi, ameliyat ya da tıbbi görüş gerektirmiş tüm sağlık durumlarıdır.

CİDDİ SAĞLIK DURUMLARI

Sigortacının yetkili temsilcileri tarafından Acil Tıbbi Nakil kararının alınmasını gerektirecek, kişinin yaşamını yitirmesini veya sağlığının ciddi bir şekilde tehlikeye girmesini önlemek için acil müdahale gerektiren sağlık durumlarıdır. Bu kararın alınmasında sağlık durumunun ciddiliği, sigortalının coğrafi konumu, tıbbi naklin gerekliliği ve o bölgedeki sağlık kurumlarının mevcudiyeti değerlendirilir.

TELEMED24 HİZMET AĞINDAKİ SAĞLIK KURUMLARI

Hastane Hizmetleri ve Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşen giderler 3.3.1.'de anlatıldığı şekilde TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumlarına Sigortacı tarafından doğrudan ödenebilmektedir.

TELEMED24 hizmet ağına dahil sağlık kurumları ile ilgili olarak internet aracılığı ile '<http://www.yksigorta.com.tr>' adresinden bilgi temin edilebilir.

MADDE 3 SİGORTA TEMİNATLARI

Aşağıdaki teminatlar, kitapçığın sonunda sunulan "Teminatlar Tablosu" çerçevesinde ve poliçede belirtilen plan kapsamında yer almaları şartıyla geçerlidirler ve "Teminatlar Tablosu"nda belirtilen ilgili yıllık limitlere tabidirler.

3.1. ABD/Kanada dışında geçerli Yatarak Tedavi Teminat Grubu(1):

Türkiye dahil olmak üzere bu grup kapsamında, 3.3.1., 3.3.2., 3.3.3., 3.3.4., 3.3.5., 3.3.6., 3.3.7., 3.3.8. no'lu teminatlar için geçerlidir. Eğer poliçede Yatarak Tedavi Muafiyeti belirtilmiş ise, Sigortacının ödeme sorumluluğu bu muafiyetin doldurulmasından sonraki sigorta teminatı kapsamındaki giderler için başlar.

3.2. ABD / Kanada'da geçerli Yatarak Tedavi Teminat Grubu (2):

Poliçede belirtilen plan kapsamında coğrafi sınır olarak ABD/Kanada'da geçerli, Yatarak Tedavi Teminat Grubu(2)'nun yer alması şartıyla,

ABD/Kanada'da sadece. 3.3.1., 3.3.2., 3.3.5, 3.3.6., 3.3.7., 3.3.8.no'lu teminatlar geçerlidir. ABD/ Kanada'da sigorta yılı içinde maksimum hastanede yatış süresi 60 gün ile sınırlıdır. Ayrıca ABD/Kanada'da gerçekleşen sigorta teminatı kapsamındaki giderlerin %25'i sigortalı tarafından ödenir. Sigortacı ise %75'ini öder, ancak bu giderler poliçe başına 60.000 USD'yi aştığında, aşan kısım %100'lü olarak Sigortacı tarafından karşılanır. Eğer poliçede Yatarak Tedavi Muafiyeti belirtilmiş ise, Sigortacının giderlerin %75'ini ödeme sorumluluğu bu muafiyetin doldurulmasından sonraki sigorta teminatı kapsamındaki giderler için başlar.

Amerika ve Kanada da normal veya yoğun bakım gerektiren yatışlar "Teminatlar Tablosu"nda ayrı ayrı belirtilen günlük limitlere tabidir.

3.3. Teminatlar:

3.3.1. Hastane Hizmetleri ve Tedavi Teminatı:

Bu teminat, tıbben gerekli olması ve doktorun yatış nedenini ayrıntılı raporunda belirtmesi şartıyla, hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için verilen hastane-yatak [tek yataklı standart odanın (suit oda tercih edilmesi halinde standart oda kadar) günlük ücretine kadar], yemek, hemşire bakımı, teşhise yönelik tahlil ve diğer tıbbi işlemler ya da hizmetlerin giderleri ile doktor, operatör, anestezi uzman konsültasyonları ya da vizitelerini, yoğun bakım ünitesi ve ameliyathane giderlerini, hastanede kullanılan her türlü reçeteli ilaç ve sarf edilen malzeme giderlerini ve ayrıca refakatçi giderlerini (hastane-yatak ücretinin yarısına kadar) güvence altına alır.

Yurt içinde Sigortacının TELEMED24 hizmet ağına dahil sağlık kurumlarında gerçekleşen Hastane Hizmetleri ve Tedavi Teminatı kapsamındaki giderlerden Sigortacının karşılayacağı kısmı doğrudan kuruma ödenebilir. Bunun için kurumun, yatış öncesi Bildirim Formunu Yapı Kredi Sigorta'ya iletmesi ve en geç yatıştan sonraki 24 saate kadar Sigortacıdan onay alınması gerekmektedir.

Verilen yatış onayı, yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydıyla geçerlidir. Belirtilen sürelerden sonra hastaneye yatılması durumunda yeniden onay alınması gereklidir.

Onbeş günü aşan tüm yatışlarda, onbeşinci günden sonra oluşan teminat kapsamındaki giderlerin karşılanabilmesi için, konuya ilişkin bir Bildirim Formu gönderilerek Sigortacının onayının tekrar alınması gerekmektedir.

Kemoterapi, radyoterapi, koroner anjiyografi, diyaliz ve böbrek taşı kırma (ESWL) giderleri bu teminat kapsamında sigortanın ikinci yılından itibaren karşılanır.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunların

hepsinin sigorta teminatı kapsamına girmemesi halinde ilgili hastane ve operatör giderleri toplam faturanın ya da kapsama girmeyen harcamaya ait faturanın da ayrıca ibraz edilmesi kaydı ile her ameliyat için ayrı TTB puanları göz önüne alınarak, ağırlıklı olarak karşılanır. Sigorta kapsamına girmeyen ameliyat estetik amaçlı bir girişim olduğunda beraberinde yapılan ve sigorta kapsamında olan ameliyatın giderleri karşılanmayacaktır.

Sigorta başlangıç tarihinden sonra, kaza sonucu ortaya çıkan bir durumun gerektirmesi durumunda, göz, el, kol, bacak suni uzuvlarının giderleri, resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartıyla, olay başına 3.000 USD olan limit dahilinde karşılanır. Aynı uzuv ile ilgili Sigortacı tarafından ödemesi yapılan giderler yaşam boyu bu limiti aşamaz.

Kaza sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmalarında, diş ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş, çene ve ağız kısmındaki her türlü tedavi giderleri, resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Sigorta yılı içinde teminat altına alınan hastanede yatış süresi 180 gün olup, yoğun bakımda yatış süresi bu süre içinde 90 gün ile sınırlıdır.

3.3.2. Organ Nakli Teminatı:

Böbrek, kalp, karaciğer, kemik iliği ve kornea nakli giderlerini içerir. Organın elde edilmesi ve organ verici ile ilgili giderler teminat kapsamı dışındadır. Diğer teminatlar organ nakli ile ilgili giderleri karşılamaz. Bu teminat yıllık limite tabidir.

3.3.3. Hastane Öncesi Teşhis Hizmetleri Teminatı:

Bu teminat, doktorun tıbben gerekli görmesi ve sigortalının hastanede yatarak ameliyatını ya da tedavisini gerektiren sağlık sorunu ile ilgili olmak şartıyla, her farklı hastalık için hastaneye yatış tarihinden 60 gün öncesine kadar yapılan laboratuvar, röntgen ve teşhis için gerekli diğer işlemlerin giderlerini güvence altına alır. Bu teminat aynı hastalık için beher poliçe yılında yılda bir kez kullanılır.

3.3.4. Hastane Sonrası Tedavi Teminatı:

Bu teminat, doktorun tıbben gerekli görmesi ve sigortalının hastanede yatarak tedavi görmesini gerektirmiş sağlık sorununun takibi ile ilgili olmak şartıyla, sigortalının hastaneden taburcu olduğu tarihten itibaren 60 gün süre zarfında uygulanan doktor, ilaç, teşhis yöntemleri, pansuman, yara bakımı gibi ayakta tedavilerin giderlerini güvence altına alır.

Sigortacı tarafından bu teminat kapsamında karşılanan bir kaza veya hastalığa ilişkin ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde başlayan ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın yıllık 2.500 YTL ile sınırlı olmak üzere bu teminat kapsamında karşılanır.

3.3.5. Hastane Sonrası Evde Hemşire Bakımı Teminatı:

Bu teminat, doktorun tıbben gerekli görmesi ve sigortalının hastanede yatışına neden olan sağlık sorununun devam eden tedavisi ile ilgili olmak şartıyla hastaneden çıkışını takiben ve yıllık 30 gün maksimum süre ile evinde resmi kurumlarca lisanslı bir hemşire tarafından tam gün ya da yarım gün aldığı hizmet giderlerini Sigortacı'nın da onaylaması şartı ile güvence altına alır. Söz konusu hizmetin sadece tıbbi bakım nedeniyle verilmiş olması gereklidir. Bu teminat "Teminatlar Tablosu"nda belirtilen günlük limitlere tabi olup, yıllık maksimum hastanede yatış süresi kapsamında değerlendirilir.

3.3.6. Yerel Ambulans Hizmeti Teminatı:

Bu teminat, tıbben gerekli olan bir durumda sigortalının karayoluyla en yakın hastaneye ulaştırılması giderlerini güvence altına alır.

3.3.7. Acil Tıbbi Nakil Teminatı:

Ciddi sağlık durumları tanımına uygun olarak, sigortalının tıbbi bakımının sağlanabileceği en yakın hastaneye, bulunulan yerin koşulları çerçevesinde, hava ve/veya karayoluyla naklidir. Bu teminat nakil öncesi ve nakil süresince verilen ilk yardım hizmetini ve naklin gerektirdiği giderleri de güvence altına alır. Sigortacının yetkili temsilcileri edindikleri bilgi doğrultusunda, içinde bulunulan durumun değerlendirilmesiyle, sigortalının acil tıbbi naklinin gerekliliğine, nereye ve hangi yolla nakledileceğine karar verme hakkına sahiptir. Acil tıbbi nakil onayının alınabilmesi ve gerekli işlemlerin yapılabilmesi için Sigortacı tarafından tayin edilmiş, 24 saat hizmet veren Acil Yardım Merkezi ile bağlantı kurulmalıdır. Bu merkez ile bağlantı kurulmadan yapılmış tüm giderler ve sigortalının devamlı ikamet ettiği ülkenin dışındaki bir yere nakli giderleri teminat kapsamı dışındadır. Sigortacı, doktorun tıbben gerekli gördüğü durumlarda, bir refakatçinin makul ulaşım giderlerini de karşılar. Bu teminata ait giderler "Teminatlar Tablosu"nda belirtilen limitler dahilinde karşılanır.

3.3.8. Cenazenin Yurda Getirilmesi ya da Bulunduğu Bölgede Defnedilmesi Teminatı:

Kendi vatanından (Başvuru formunda belirtilen uyruk esas alınacaktır.) uzakta vefat etmiş sigortalının cenazesinin hazırlanması ve vatanına hava yoluyla nakli ya da nakledilmeyip bulunduğu bölgede defnedilmesi

için gerekli hizmet giderlerini güvence altına alır. Bu teminat bu kitapçığın sonunda bulunan tabloda belirtilen limite tabidir.

3.3.9. Ayakta Tedavi Hizmetleri Teminatı:

Bu teminat "Teminatlar Tablosu" uyarınca, poliçede belirtilen plan kapsamında yer alması şartıyla geçerlidir ve "Teminatlar Tablosu"nda belirtilen yıllık limite tabidir. Poliçede belirtilen Ayakta Tedavi Muafiyeti her sağlık durumu ve her ödeme talebinde uygulanır. Bu tutar, hastalık başına 50 USD'dir. Ayakta Tedavi Hizmetleri Teminatı, diğer teminatların kapsamında yer alan giderleri karşılamaz.

Amerika ve Kanada'da geçerli Ayakta Tedavi Teminatı ile sadece resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda veya enfeksiyonel hastalıklar sonucu ortaya çıkan rahatsızlıklara ait giderler "Teminatlar Tablosu"nda ayrıca belirtilen limitler dahilinde karşılanır.

Sigortalının hastaneye yatarak tedavi görmesi dışında, bu teminat kapsamında alabileceği tıbben gerekli hizmetler aşağıda tanımlanmıştır.

3.3.9.1. Pratisyen Doktor Hizmetleri:

Pratisyen doktor tarafından ya da onun yönetiminde ayakta verilen muayene ve hizmetlerdir.

Türk Tabipleri Birliği görüşü doğrultusunda, ilk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler kontrol muayenesi olup ücret talep edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle bu şekilde faturalandırılmış kontrol muayene giderleri teminat kapsamı dışındadır.

3.3.9.2. Uzman Doktor Hizmetleri:

Uzman ya da danışman doktor tarafından ya da onun yönetiminde ayakta verilen muayene ve hizmetlerdir. Dış hekim muayene faturaları, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri bu teminat kapsamı dışındadır.

Klinik brans hekimlerinin muayene sırasındaki ultrason incelemeleri giderleri, bu teminattan limitleri dahilinde, ultrason çıktısı aslı veya doktor raporu olması kaydıyla karşılanır.

Türk Tabipleri Birliği görüşü doğrultusunda, ilk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler kontrol muayenesi olup ücret talep edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle bu şekilde faturalandırılmış kontrol muayene giderleri teminat kapsamı dışındadır.

3.3.9.3. Laboratuvar ve Röntgen Hizmetleri:

Doktor tarafından ya da onun sevkıyla bir tıbbi durumu teşhis, tetkik

ya da tedavi amacıyla yapılan laboratuvar, test, radyolojik tetkikler ve nükleer tıp uygulamalarıdır.

Herhangi bir acil sağlık durumu olmaksızın, sigortalının hastanede yatarak yapacağı tanı işlemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Genel sağlık kontrolü ve check-up giderleri teminat kapsamı dışındadır. Doktorun herhangi bir rahatsızlığın araştırılması için istediği tetkik ve tanı işlemlerinde bu rahatsızlıkla ilgili olmayan geniş kapsamlı, genel sağlık kontrolleri de kapsam dışındadır. (Tarama amaçlı olarak yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT teminat kapsamı dışındadır.)

3.3.9.4. Reçeteli İlaç:

Sigortalının hastane dışındaki tedavisi için doktor tarafından reçeteyle önerilmiş ilaçlar ve koruyucu aşılarıdır. Kemoterapi ve dializ tedavisi sonrası gelişen derin anemileri düzeltme amaçlı kullanılan eritropoetin (eprex vb) özellikli ilaçlar da bu teminat kapsamındadır.

3.3.9.5. Fizik Tedavi :

Hastane Hizmetleri ve Tedavi teminatında tanımlanan ameliyat ve yoğun bakım sonrasında gerekli olan fizik tedaviler dışındaki fizik tedaviler poliçe yılı içinde 15 seansa kadar Ayakta Tedavi Teminat Grubu limiti dahilinde kapsam dahilindedir.

MADDE 4 SİGORTA SÜRESİ

Sigorta süresi bir yıldır ve sigorta sözleşmesi poliçede belirtilen tarihler arasında yürürlükte kalır. Sigorta teminatları, başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilip poliçenin düzenlenmesi ile yürürlüğe girer.

MADDE 5 SİGORTAYA KABUL

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, sürekli ikamet edilen ülke olarak T.C. sınırları dahilinde ikamet edenler sigortaya kabul edilirler.

Bu sigorta, 18 yaşından büyük ve sigortalının ilk yılında 60 yaşından küçük olmak şartıyla, 75 yaşından küçük kişilerin ve aile kapsamındaki eş ve/veya çocuklarının risklerini aşağıdaki şartlara uygun olarak güvence altına alır.

15 günlükten büyük 18 yaşından küçük çocuklar ise, aile kapsamında sigorta teminatına dahil edilirler. Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları aynı poliçede 24 yaşına kadar sigorta teminatına dahil edilebilirler.

Yeni doğmuş çocuklar dışında, aile kapsamında sigortalı olan eş ve

çocuklar, sigortalının sigortaya kabulü ile aynı tarihte veya sigortalının eşinin ya da bakımından yükümlü oldukları çocuklarının bu sıfatları kazandıkları tarih itibarıyla sigortaya kabul edilebilirler.

Yeni doğmuş çocuklar ise doğumun gerçekleştiği hastaneden çıkıştan 15 gün sonra sigortaya kabul edilebilirler.

Sigorta kapsamına kabulde, her bir kişi için sağlık bildiriminde bulunulması gereklidir. Sigortacı bu bildirim değerlendirilmesiyse, bu kişiyi sigortaya kabul edip etmeme, ek prim uygulayarak kabul etme, bazı hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakarak kabul etme ve gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme hakkına sahiptir.

Yenileme Garantisi verilmiş sigortalıların poliçeleri 75 yaşına kadar devam eder.

MADDE 6 PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTALININ TALEBİ SONUCU İPTAL

Sigorta ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödemesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Aynı şekilde sigorta ettiren, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır ve Borçlar Kanununun 107.maddesinin 3. bendi uyarınca herhangi bir mehile gerek kalmaksızın poliçe iptal edilir ve teminatlar tekrar yürürlüğe alınmaz.

Sigortalının/sigorta ettirenin poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunması halinde ise; rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak sigortalıya iade edilir. İlk 30 gün içerisinde rizikonun gerçekleşmesi durumunda ve bu süreyi aşan tüm iptal taleplerinde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süreye bağlı olarak sigortalının hak kazandığı prim tutarı aşağıdaki gibi hesaplanır.

*	-31 gün	primin	%20'si
*	31 gün - 2 ay arası	primin	%30'u
*	2 - 3 ay arası	primin	% 50'si
*	3 - 6 ay arası	primin	% 80'i
*	6 - 12 ay arası ise	primin	tamamı

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

Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortalının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigortalının ödemediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyor, ancak sigortalının ödediği primleri aşmıyorsa, primlerden tazminat tutarı düşülerek sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigortalının ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

Rizikonun gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

MADDE 7 KÖTÜ NİYET SONUCU İPTAL

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

MADDE 8 SAĞLIK GİDERİ ÖDEMELERİ

Sigortalıya sağlık giderini gösterir resmi belgeler karşılığında ödeme yapılır. Ödemelerde belgelerin asılları gereklidir.

Ödemeler, Yapı Kredi Sigorta Genel Müdürlüğü veya Bölge Müdürlüklerinde bulunan Sağlık Müşteri Hizmetleri tarafından sigortalının banka hesap numarasına havale edilir. Sigortalının banka hesap numarasını yazılı bildirmesi ve ödemenin banka hesabına yatırılmasıyla, Sigortacı tamamen ibra edilmiş olacaktır. Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 9'un (a) fıkrası gereği "sağlık hizmetinin sunulduğu bölgede yürürlükte olan ve genel seviyeyi aşmayan" olarak tanımlanan makul giderler sigorta kapsamındaki teminat limitleri ve şartları dahilinde karşılanır.

Sigorta priminin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise rizikonun gerçekleşmesi halinde, kalan taksitler muaccel olur ve sigortalıya ödenecek tazminattan mahsup edilir.

Teminat kapsamındaki ilgili ödemenin yapılabilmesi için, aşağıdaki belgelerin Sigortacıya iletilmesi gerekmektedir. Ayrıca İngilizce dışında yabancı bir dilde düzenlenmiş ödemelerde, gerekli her türlü belgenin noter tasdikli tercümesi Sigortacı'ya iletilmelidir.

A. HASTANEDE HİZMETLERİ VE TEDAVİ TEMİNATINA İLİŞKİN GİDERLERDE

Anlaşmalı kurumlarda hastaneye yatıştan önce Bildirim Formu doldurularak Sigortacı'ya iletilecektir.

1. Yatış nedenini gösterir tıbbi rapor
2. Dökümlü hastane faturaları
3. Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu, parça alınmışsa patoloji sonuç raporu
4. Sinüzit ameliyatlarından önce paranazal sinüs tomografisi aslı, deviasyon ameliyatlarında, ameliyat öncesi ve sonrası os-nasale grafisi asılları, gerekli görüldüğü takdirde ikinci doktor görüşü
5. Epikriz (çıkış özeti) ve yapılan incelemelerin ve tedavilerin raporları, gerekli ve mevcut olduğu durumlarda laparoskopik / artroskopik/ endoskopik ameliyat kaseti
6. Gerek görüldüğünde; müşahede dosyası, trafik kazası tespit tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu, sigortalı beyanı

B. DOKTOR MUAYENELERİNDE

Doktor ücretini gösterir fatura veya serbest meslek gider makbuzu (Mutlaka doktorun kaşesinin bulunması ve ayrıca doktorun branşının belirli olması gereklidir.), klinik branş hekimleri tarafından ultrason kullanılarak yapılan muayenelerde ultrason çıktısı aslı veya raporu, gerektiğinde tıbbi kayıt.

C. İLAÇ GİDERLERİNDE

1. İlgili doktor reçetesi
2. İlgili ilaç giderini gösterir kasa fişi veya fatura
3. İlgili ilaç kupürleri ve barkodları (Kupürlerin, ilaç isimleri ve fiyatları okunacak şekilde kesilmiş olmaları gereklidir.)
4. Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu
5. Gerekli görüldüğünde doktor raporu

D. TEŞHİS (TANI) AMAÇLI İNCELEMELERDE

1. Doktorun teşhis veya şüphe ettiği hastalığın adını belirterek yazdığı sevk pusulası veya rapor
2. İlgili giderleri gösterir faturalar
3. İnceleme sonuçları ve ilgili raporlar
4. Gerektiğinde doktor raporu (tetkiklerin ne için istendiğine dair), tıbbi kayıt.

E. FİZİK TEDAVİLERDE

1. Tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.)
2. Ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü)

MADDE 9 SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Sigorta teminatları "Teminatlar Tablosu" uyarınca, poliçede belirtilen plan kapsamında yer alan coğrafi sınırlarda geçerlidir.

MADDE 10 YURT DIŞINDAKİ SAĞLIK HARCAMALARI

Yurt dışında gerçekleşen giderler, harcamanın gerçekleştiği ülke parasının, Sigortacı tarafından ödendiği tarihteki T.C.M.B. efektif satış kuru esas alınarak, ilgili ülke parasının T.C.M.B karşılığının olmaması halinde ABD Doları çapraz kuru üzerinden T.C.M.B. efektif satış kuru esas alınarak poliçede belirtilen plan kapsamındaki teminatlar, limitler ve özel şartlar dahilinde Yeni Türk Lirası olarak ödenir.

Sigortalı giderin gerçekleştiği tarihte söz konusu ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla, sigorta teminatlarından yararlanabilir.

MADDE 11 YAPI KREDİ SİGORTA ACİL HİZMETİ

A) YAPI KREDİ SİGORTA ALARM MERKEZİ (TELEMED24 HATTI)

Sigortalılar, acil durumlarda Yapı Kredi Sigorta kartında belirtilen TELEMED24 hattını telefon ile arayarak hiçbir ücret talep edilmeden T.C. sınırları dahilinde sunulan Sigortacının acil ambulans hizmetinden yararlanabilirler. Ayrıca 24 saat boyunca tıbbi danışma hizmeti alabilirler.

B) ACİL YARDIM SERVİSİ

Sigortalının yurt dışında aniden hastalanması veya bir kaza geçirmesi durumunda, kendisi ya da eşi, arkadaşı, doktoru veya hastane görevlisi, Yapı Kredi Sigorta kartında belirtilen Acil Yardım telefonunu arayarak, durum hakkında asistans firma bilgilendirmelidir.

Asistans firma, günün 24 saati hizmet verir. Dünyanın neresinde olursa olsun hastaneler ve doktorlarla irtibata geçer, hastane faturalarının asistans firma adına düzenlenmesi için gerekli işlemleri yapar, sigortalının ailesi ile temasa geçerek onları sigortalının sağlık durumu ve uygulanan tedavi vb. hakkında bilgilendirir, gerektiğinde sigortalı hakkında ikinci defa tıbbi danışma alır, hastaneler arasında sigortalının sevkini sağlar, gerekli tüm tıbbi raporların alınmasını ve gerekiyorsa son olarak sigortalının ülkesine gönderilmesini sağlar. Asistans firma ayrıca gerekli görüldüğünde, kendi ülkesine döndükten sonra da, sigortalının hastaneye yatırılması için gerekli işlemleri yürütür.

MADDE 12 KONTROL YETKİSİ

Sigortacı gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde, sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve

sigortalı olunan sürece, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir.

MADDE 13 SİGORTA PRİMİ

Primlerin hesaplanmasında, başvuru formunun düzenlendiği tarihteki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru esas alınacaktır. Ancak bu sigorta kapsamındaki teminatlar karşılığı alınan primler üçer aylık Amerikan Doları kuru artış oranının en fazla %20 olacağı varsayımı baz alınarak hesaplanmış olup, döviz kuru artışlarının bu oranın üzerinde gerçekleşmesi halinde, sağlık sektöründeki fiyat artışını ve portföyün yapısını değerlendirerek Sigortacı, primlerde, sağlık gideri ödemelerinde, teminatların kullanımında dikkate alınan kuru değiştirme hakkına sahiptir.

Sözleşme başlangıç tarihinden sonra aile kapsamında eş ve çocuk eklenmesi ya da sigorta planı değişikliği talep edildiğinde, Sigortacının ilgili talebi kabul etmesiyle, talep tarihinde yürürlükte olan primler, talep tarihindeki T.C. Merkez Bankası efektif satış kuru veya yukarıdaki koşullara bağlı olarak düzenlenebilecek döviz kuru esas alınarak uygulanır.

MADDE 14 PRİM ÖDEMELERİ

Sigorta priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinat ve taksitler aşağıda belirtilen tahsilat araçları ile ödenebilecektir.

Kredi Kartı ile Yapılan Ödemeler:

Poliçe üzerinde yazılı vadelerde, primler, sigortalı veya varsa sigorta ettirenin kredi kartı hesabından tahsil edilir. Hesabın uygun olmaması durumunda Genel Şartların 7. Maddesi hükümleri uygulanır. Hasar ödemelerinin dondurulmaması ve poliçenin iptal edilmemesi için, poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde ilgili hesapların uygun olmasına dikkat edilmelidir.

Banka Hesabından Sigorta Primi Tahsilatı (SPT) Sistemi ile Yapılan Ödemeler:

Sigortalı veya varsa sigorta ettirenin Yapı Kredi Bankası A.Ş.'deki vadesiz tasarruf hesabından, sigorta primlerinin alınması için bankaya talimat vermesi durumunda, primler bu hesaptan poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde tahsil edilir. Bu tarihlerde hesabın uygun olmaması durumunda Genel Şartların 7. Maddesi hükümleri uygulanır.

Çek İle Yapılan Ödemeler:

Sigortalı veya varsa sigorta ettiren poliçede yazılı ödeme tarihlerindeki prim tutarları için çek verebilir. Çekin karşılıksız çıkması durumunda Genel Şartların 7. Maddesi hükümleri uygulanır.

Havale ile Yapılan Ödemeler:

Başvuru aşamasında talep edilirse, Sigortacı tarafından poliçe ile birlikte gönderilen belge ile Sigortacı'nın Yapı Kredi Bankası A.Ş.'deki hesabına, prim ödemeleri havale edilebilir. Havale işlemi yapılırken sigortalı adı ve poliçe numarası mutlaka açıklama bölümüne yazdırılmalıdır.

MADDE 15 TEMİNAT KAPSAMI DIŞINDAKİ DURUMLAR

Aşağıda sayılan haller, tedaviler ve giderler bu poliçede sigorta teminatı dışında tutulmuştur ve Sigortacı bunlardan dolayı yükümlülük altına girmez.

- 1- Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2/a, b, c, e, f, g, h'de belirtilen haller teminat kapsamı dışındadır. Madde 2/d'de istisna olarak belirtilen deprem, sel, yanardağ patlaması ve toprak kayması sonucu oluşan tedavi giderleri ise 500 USD muafiyetle poliçe teminatları dahilinde ödenecektir.
- 2- Resmen ilân edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina.
- 3- Küretaj, infertilite, sterilite (kısırlık), düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (tüp bebek, follikül takibi, serklaj, mikroenjeksiyon, tuboplasti v.b), histerosalpingografi (HSG), spermogram, adhezyolizis, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve tüm aile planlaması yöntemleri
- 4- AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıkların tedavileri, zührevi hastalık tedavileri.
- 5- Çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, her türlü sünnet giderleri (Phimosi).
- 6- Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar hariç) ve aynı seansta estetik işlemle birlikte yapılan diğer girişimler, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik tedaviler, jinekoma, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler, refraksiyon kusurlarına yönelik müdahaleler (miyopi vb.) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçların giderleri, şaşılık, görme tembelliği, ses ve konuşma terapileri, yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi), alerji aşıları, bağışıklık sistemini güçlendirmeyle ilgili rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, hidroterapi,

jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurumasını ve terlemesini önleyen ürünler, kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri, obezite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), anorexia, sigaray bırakma ile ilgili tetkik ve tedaviler, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ile estetik ve güzellik merkezleri, ayak bakım merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri.

- 7- Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, diş macunu, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçme stikleri ve kartuşları, buz kesesi, sıcak su torbası, v.b. yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcı, gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens, lens solüsyonları ve nemlendirici amaçlı ürünler ile ilgili giderler.
- 8- Alkol zehirlenmesi, alkolizm, alkol kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar ve kazalar, eroin, morfin veya benzeri uyuşturucuların kullanılması ve yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü giderler.
- 9- Sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa bile poliçe öncesi var olan maluliyet veya hastalığın gerektirdiği ameliyat ve tedavi ile ilgili giderler ile tüm nüks ve komplikasyonları, sigortalılık öncesinde uygulanan ameliyatların tüm komplikasyonları (insizyonel herni, adhesyon nüksler vb.), periyodik olarak devamlılık gösteren hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme geriliği ile ilgili tüm giderler; Madde 8'de tanımlandığı şekilde Yenileme Garantisi verilmiş, kesintisiz olarak 5 yıllık sigortalılık süresini tamamlamış olan sigortalılara tanınan ayrıcalık dışında ileri yaşlarda ortaya çıksa dahi, tüm konjenital (doğuştan gelen) hastalıklar, doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar, genetik hastalıklar ve genetik testler ile ilgili her türlü giderler.
- 10- Ameliyat için zorunlu olmayan her türlü protez, protez tamirleri, ortopedik tabanlık, atel, boyunluk, dizlik, askı vb., her türlü yardımcı ve haricen kullanılan tıbbi malzemeler [tekerlekli iskemle, işitme cihazı, holter cihazı ve uyku apnesi cihazı (CPAP ve uyku odası dahil) vb.] uyku apnesi dışında her türlü nedene bağlı horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler, organ naklinde vericinin ve organın ücreti, kan veren kişiye ait tüm giderleri.
- 11- Ruh ve akıl hastalıkları, psikoterapi, psikiyatrist ve psikolog giderleri ile danışmanlık hizmetleri, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların

kullanımına bağlı komplikasyonlar ile tüm psikiyatrik yatışlar, zeka testi ve benzeri tetkikler, geriatrik ve psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb.) ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri.

- 12- Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezleri vb. uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri. Demans, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları ile ilgili medikal yatışlar.
- 13- Sağlık kuruluşlarındaki özel hemşire, telefon giderleri, tedavi için gerekli olmayan malzeme vb. idari giderler.
- 14- Genel sağlık kontrolü (check-up), tıbbi sertifikalar ve sağlık raporu hazırlanması ile ilgili giderler, tarama amaçlı olarak yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT, poliçe yılı içinde 15 seansın üzerindeki fizik tedavi giderleri
- 15- Diş hekimleri ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen her türlü tedavi giderleri ile ortodonti ve ortodontiye bağlı tedaviler ile ilgili her türlü gider.
- 16- Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili cerrahi veya tıbbi (medikal) tedaviler poliçenin ilk yılında teminat kapsamında değildir:

Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç) ve bunların komplikasyonları, her türlü kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.), anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, pilonidal sinüs vb), GIS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, her türlü fitiklar, omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb), higroma, hallux valgus, trigger finger, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları vb), rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlara, bartolin kisti, endometriosis, sistorektosel, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatlara ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, meme rahatsızlıkları ve ameliyatlara, sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, genizeti, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi vb) ve uyku apnesi cerrahisi, katarakt, glokom, keratoplasti, prostat (TUR dahil), varis, felç, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç), kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjioplasti, aort disseksiyonu, anevrizmalar dahil), her türlü kronik hastalık [hipertansiyon, ülser, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), KOAH, astım, şeker, epilepsi, multipl skleroz, parkinson, hepatit B, sarkoidoz, nefrit ve tüm romatizmal hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları vb.], tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjio, ERCP vb),

artroskopik ve laparoskopik girişimler, kemoterapi, radyoterapi, tümör ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler.

- 17- Yapı Kredi Sigorta'nın yetkili temsilcileri tarafından onaylanmış Acil Tıbbi Nakil ve Yerel Ambulans Hizmetleri kapsamı dışında yapılan tüm ulaşım giderleri.
- 18- Yapı Kredi Sigorta'da 01/01/2001 tarihinden sonra sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin deviasyon ve konka ameliyat giderleri karşılanmaz. Ancak bu sigortalılara yenileme garantisi verilmiş olması durumunda, tanısı sigortalılık döneminde konan deviasyon ve konka ameliyatları poliçe teminatları doğrultusunda ödenir.
- 19- Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama ve Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.
- 20- Dağcılık ve tırmanma, kano, gökyüzü kayağı, paraşüt, planör, delta-kanat, balon, motorsiklet ve otomobil sporu, sivil havacılık, binicilik, su sporları, dalgıçlık ve tüm yarışlar ile tüm profesyonel ve lisanslı olarak yapılan sporların sonuçları ile ilgili tüm giderler.
- 21- Alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) Kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedaviler ile ilgili tüm giderler.
- 22- Mesleki bir sebepten doğan ölüm, yaralanma ve hastalıklarla (Meslek hastalığı ve iş kazaları) ilgili olarak yasal yükümlülükler sonucu yapılması gereken ödemeler ile başka bir sigorta kurumu ya da üçüncü şahıslar tarafından yapılabilecek ödemeler.
- 23- Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hatalar sonucunda doğacak giderler.
- 24- Hamilelik boyunca yapılan rutin doktor kontrolleri, laboratuvar ve röntgen hizmetleri, doğum, hamilelik ya da bunlardan kaynaklanan komplikasyonlar ile ilgili tüm giderler, aile planlaması ile ilgili giderler.
- 25- Organ nakli teminatı tanımının dışında yer alan kas, iskelet ya da organ, doku nakilleri ile ilgili tüm giderler.
- 26- Savaş, isyan, halk ayaklanması ya da herhangi bir yasa dışı olaya karışma sonucu maruz kalınan rahatsızlıklar için gereken tedaviler ile ilgili tüm giderler.
- 27- Askeri ya da polis örgütünün tam gün çalışanı olarak hizmet ederken maruz kalınan yaralanma ve hastalıklar ile ilgili tüm giderler.

- 28- "Teminatlar Tablosu" uyarınca, poliçede belirtilen plan kapsamında ABD/Kanada'da geçerli Yatarak Tedavi Teminat Grubu(2)'nin yer almaması durumunda ABD ve Kanada'daki tüm tedavi ve giderler.
- 29- "Teminatlar Tablosu" uyarınca, poliçede belirtilen plan kapsamında Ayakta Tedavi Hizmetleri Teminatı'nın yer almaması durumunda tüm Ayakta Tedavi Hizmeti giderleri.
- 30- Bu metinde tanımlanmış olan ve "Teminatlar Tablosu" uyarınca, poliçede belirtilen plan tarafından kapsam altına alınan teminatlar dışındaki tüm sağlık giderleri.
- 31- Sigortacıya TELEMED24 Hizmet ağındaki sağlık kurumlarından, yatıştan sonraki 24 saat içinde Bildirim Formu'nun iletilmediği durumlardaki ve onbeş günü geçen hastaneye yatışlarda onbeşinci günden sonra Sigortacının tekrar onayının alınmadığı giderler.
- 32- Bir poliçe yılı içerisinde kesintisiz olarak üç aydan fazla yurt dışında kalınması durumunda, yurt dışında gerçekleşen giderler.
- 33- Yapı Kredi Sigorta'da 01/07/2003 tarihinden sonra başvuru formu düzenlenerek ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin varikozel ve skolyoz ameliyat giderleri .
- 34- Böbrek ve safra kesesi taşları analiz giderleri.

MADDE 16 SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ

Sigorta süresinin bitiminden önce karşılıklı anlaşma ile Sigortacının Risk Kabul Yönetmeliği uyarınca bu yönetmelikte belirlenen yaş sınırına kadar önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren geçerli yeni sözleşme (poliçe) yapılabilir. Yeni poliçenin, önceki poliçenin bitiş tarihinden sonra düzenlenmesi durumunda, sigortacının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerin teminat altına alınmaması ile yenileme haklarının geçerliliğinin kaldırılması hakları saklıdır. Yeni sözleşme yapılırken, Yenileme Garantisi Sertifikası verilen sigortalılar için yenileme garantisine ilişkin hükümler saklıdır.

Diğer sigortalılar için ise Sigortacı yeni sözleşmeyi yaparken, sigortalıdan sağlık bildirimini ve ek tetkikler isteyebilir, gerekli gördüğü hallerde sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir, teminatlarda kısıtlamaya gidebilir, sigorta özel şartlarında, "Teminatlar Tablosu"nda, sigorta planında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, kullanım nedeniyle ek prim isteyebilir. Sigortacı tarafından sigorta özel şartlarında, "Teminatlar Tablosu"nda, sigorta planında yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Sigortacının, bazı sigortalıların süregelen rahatsızlıkları için muafiyet uygulaması durumunda, poliçe yenilendiği ve taraflarca hükümsüzlüğüne karar verilmediği sürece, muafiyet devam edecektir. Sigortalının sözleşmenin yenilenmesi sırasında Türk Ticaret Kanunu'nun 1290. ve Sağlık Sigortası

Genel Şartları'nın 5.Maddesinde düzenlenen beyan yükümlülüğüne uyması şarttır.

MADDE 17 BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigorta ettiren / sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/ sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, Türk Ticaret Kanunu'nun 1290. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 5. Maddesi hükümleri uygulanır. Sigortacı sözleşmeyi yapmama veya yapmış ise cayma hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödenmez. Sigortacı prime hak kazanır.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 5'e ek olarak, Sigortacının bu maddedeki hakları saklı kalmak üzere, Sigorta ettiren/ Sigortalının beyan etmediği hastalıklar sözleşmenin yapılmasına engel değilse, Sigortacı bu hastalıkları teminat kapsamına almayabilir veya ekprim alarak teminat kapsamına alabilir.

MADDE 18 RÜCU HAKKI

Sigortacı, Poliçenin Özel Şartları'na ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarına aykırı düşen giderleri ile teminat kapsamı dışında yapılan ödemeleri sigortalıdan fer'ileri ile birlikte tahsil etme hakkına sahiptir

MADDE 19 SİGORTALININ VE/VEYA SİGORTA ETTİRENİN VEFATI

A. Sigorta Ettirenin vefatı :

Sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda ve sigortalı/sigortalıların, sigorta ettireni değiştirerek poliçeyi sürdürmek istemeleri halinde sigorta ettirenin kanuni varislerinin yazılı onayı ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Poliçenin devam ettirilmesi talebi ve sigorta ettirenin kanuni varislerinin bu konuda onayının olmaması halinde sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esasından hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin yasal varislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş, çocuk) bulunmaması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde; sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim,

gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Sigorta ettiren ile sigortalının aynı kişi olmaları ve poliçede başka bireylerin (eş, çocuk) bulunması durumunda, sigorta ettiren/sigortalının vefatı halinde, poliçede yer alan diğer sigortalılar sigortalılığa devam etmek istiyorlarsa, mevcut poliçe iptal edilerek vefat eden bireye ait sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin yasal varislerine iade edilir ve bitiş tarihi aynı olan ikinci poliçe üzerinde eş ve çocuğun sigortalılığı devam ettirilir. Ancak sigorta konusuna ilişkin risk gerçekleşmişse vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

b. Sigortalı/sigortalıların vefatı :

Birden fazla kişinin sigortalı bulunduğu poliçelerde, sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden bireye ait sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir, poliçe devam eder. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka birey yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye karşılık gelen prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı muaccel hale gelir ve iade edilecek prime mahsup edilir.

MADDE 20 SİGORTA SÜRESİNİN SONA ERMESİNDEN SONRAKİ TEDAVİLER

Sigorta süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda sona erme tarihinden önce, Sigortacıya bildirilen ve kabul gören sağlık durumları için poliçede belirtilen plan kapsamındaki limitlere tabi olmak şartıyla, hastanede yatarak tedavi gören sigortalı için teminat tedavi sonuna kadar devam eder. Ancak bu süre hiçbir şekilde poliçenin sona erme tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

PLANLARA GÖRE SUNULAN TEMİNATLAR TABLOSU

COĞRAFİ SINIR		PLAN 1A	PLAN 1B	PLAN 1C	PLAN 2A	PLAN 2B	PLAN 2C
Tüm Dünya İçin	Toplam Maksimum Hastanede Yatış Süresi (Toplam maksimum süre limiti sigortalı olunan tüm yıllar boyunca geçerli)	Maks. 730 gün	Maks. 730 gün	Maks. 730 gün	Maks. 730 gün	Maks. 730 gün	Maks. 730 gün
ABD / Kanada dışında geçerli (Türkiye Dahil)	Yatarak Tedavi Teminat Grubu (1)	LİMİTSİZ	LİMİTSİZ	LİMİTSİZ	LİMİTSİZ	LİMİTSİZ	LİMİTSİZ
	Ayakta Tedavi Teminat Grubu	YOK	YOK	YOK	Yıllık Limit* 10.000\$	Yıllık Limit* 10.000\$	Yıllık Limit* 10.000\$
ABD / Kanada'da geçerli	Yatarak Tedavi Teminat Grubu (2)	YOK	Grup yıllık limiti 250.000\$***	Grup yıllık limiti 1.000.000\$***	YOK	Grup yıllık limiti 250.000\$***	Grup yıllık limiti 1.000.000\$***
	Ayakta Tedavi Teminat Grubu	YOK	YOK	YOK	YOK	Yıllık Limit* 1.000\$	Yıllık Limit* 1.000\$

ABD/KANADA DIŞINDA GEÇERLİ YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU (1) (TÜRKİYE DAHİL)

Hastane Hizmetleri ve Tedavi	Hastanede yatış süresi, her sigorta yılı için yoğun bakımda yatış süresi dahil olmak üzere maksimum 180 gün
Yoğun Bakım Ünitesi	Her sigorta yılı için maksimum 90 gün
Organ Nakli **	Yıllık Limit 200.000\$
Hastane Öncesi Teşhis Hizmetleri	Hastaneye yatış tarihinden 60 gün öncesine kadar
Hastane Sonrası Tedavi	Hastaneden taburcu olunan tarihten 60 gün sonrasına kadar
Hastane Sonrası Evde Hemşire Bakımı	Her sigorta yılı için maks. 30 gün ve günlük maks. 200\$ limitli
Acil Tıbbi Nakil	Hava ambulansı limiti yıllık 25.000\$, kara ambulansı limiti olay başına 500\$ limitli.
Cenazenin Yurda Getirilmesi ya da Bulunduğu Bölgede Defnedilmesi	Yıllık Limit 10.000\$

ABD/KANADA'DA GEÇERLİ YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU (2) ***

Hastane Hizmetleri ve Tedavi	Hastanede yatış süresi, her sigorta yılı için yoğun bakımda yatış süresi dahil olmak üzere maksimum 60 gün (oda/yatak günlük 500 \$ limitli)
Yoğun Bakım Ünitesi	Her sigorta yılı için maks.30 gün ve oda yatak günlük maks. 1.000\$ limitli
Organ Nakli **	Yıllık Limit 200.000\$
Hastane Sonrası Evde Hemşire Bakımı	Her sigorta yılı için maks. 30 gün ve günlük maks. 200\$ limitli
Acil Tıbbi Nakil	Hava ambulansı limiti yıllık 25.000\$, kara ambulansı limiti olay başına 500\$ limitli.
Cenazenin Yurda Getirilmesi ya da Bulunduğu Bölgede Defnedilmesi	Yıllık Limit 10.000\$

ABD/Kanada'da gerçekleşen her bir giderin % 25'i sigortalı tarafından karşılanır. Bu giderler poliçe başına 60.000\$'i aştığında, aşan kısım % 100'lü olarak Sigortacı tarafından karşılanır.

* Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında, tüm dünyada olduğu gibi, ABD/Kanada'da gerçekleşen giderlerde de hastalık başına muafiyet 50\$ dir.

ABD/Kanada'da geçerli Ayakta Tedavi Teminatı sadece resmi makamlarca belgelenen kaza durumu veya enfeksiyonel hastalıklar sonucu ortaya çıkan rahatsızlıklar için geçerlidir.

** Organ Nakli Teminatı kapsamındaki giderler ister ABD/Kanada'da ister ABD/Kanada dışında gerçekleşsin yıllık limit 200.000\$'i hiçbir şekilde aşamaz.

*** ABD/Kanada'da gerçekleşen giderler bu tabloda belirtilen teminatların yıllık limitlerine tabi olmak üzere Yatarak Tedavi Teminat Grubu (2) yıllık limitini(250.000\$ veya 1.000.000\$) hiçbir şekilde aşamaz.

Ayakta Tedavi Hizmetleri Teminatı'nda ve sigortalı tarafından seçilmiş ise Yatarak Tedavi Teminat Grupları'nda geçerli muafiyetler ayrı ayrı poliçede belirtilmiştir.

WIP (WorldCare Insurance Plan)

HEALTH INSURANCE SPECIAL CONDITIONS

The below conditions are valid for WIP Health Insurance policies for which the application forms have been fulfilled as of date 01.04.2006

ARTICLE 1 SUBJECT OF INSURANCE

Due to this insurance contract Yapı Kredi Sigorta A.S. (shall be referred as the Insurer from hereon) guarantees to cover the expenses due to accident, illness or death incurred while the contract is in force according to the limits and benefit coverage within the plan that is stated on the recent policy as per the general and special conditions of which hereby issued.

ARTICLE 2 INSURANCE DEFINITIONS

INSURED

An individual or covered dependant who has completed or whose name is included on an Application Form for the Policy.

DEPENDANT

Spouse of the insured person and/or unmarried children who are dependent upon the insured person for support, provided that such children are aged not less than 15 days and not more than 24 years old at the date of enrolment. (Thereafter children must pay the full adult premium rate.)

PHYSICIAN

A properly qualified medical practitioner licensed by the competent Medical Authorities of the country and provides health treatment at the hospitals, clinics and private offices which are legally licensed.

HOSPITAL

An institution legally licensed as a medical or surgical hospital to provide treatment in the country where it is located and where the constant supervision of a physician is required.

NATIONALITY

The nationality will be accepted as declared on the application form by the insured. Nationality of dependants included within the family coverage will be accepted same as declared on the application form.

USUAL COUNTRY OF RESIDENCE

The country in which the insured person is usually living at the date

of commencement of cover under the policy and which is declared on the Application Form. If dependants are included, their country of residence will be accepted as declared.

In case of any change in usual country of residence, the Insurer must be informed in writing within one month.

A permanent change in the usual country of residence shall be deemed to mean that the insured spends more than three consecutive months either at one time or in several occasions in another country. The Insurer reserves the right to ask for the insured's passport in order to determine such a case and to refuse to pay the claims incurred abroad.

ACCIDENT

An event caused by violent accidental, external and visible means that are outside the control of the insured.

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES

Expenses considered reasonable and customary to the extent that they do not exceed the general level of charges being made by other same or similar treatments within the area in which services provided.

OVERALL MAXIMUM LIMIT OF HOSPITALIZATION

Under this insurance cover, maximum period of inpatient treatment covered is 180 days for the insurance year and the maximum period of intensive care is 90 days within this period. Maximum period of inpatient treatment for the whole insurance period is 730 days. "For the whole insurance period" means throughout the years insurance cover is provided by the Insurer.

ANNUAL LIMIT

This is the maximum amount for each insured that the Insurer will accept as expenses under the insurance coverage in one insurance year.

The remaining limit is determined by taking into consideration the deduction amounts that are not covered by the Insurer and 25% coinsurance amounts not covered on expenses incurred in the USA/Canada.

INPATIENT TREATMENT DEDUCTIBLE

This is the amount written on the policy which is not covered by the Insurer and is paid by the insured and applied to the expenses within the insurance benefit coverage valid in Inpatient Treatment Benefit

Groups for each insured per event/per illness and for each health condition.

Deductibles will be applied to each treatment of different illnesses incurred simultaneously.

Even if related to the same event or illness, in case of not receiving any health service for a period of 90 or more days under the inpatient treatment benefit group coverage, service received thereafter will be treated completely as a different health condition and inpatient treatment deduction will be applied again.

OUTPATIENT TREATMENT DEDUCTIBLE

This is the amount written on the policy and not covered by the Insurer and is paid by the insured and applied to the expenses within the insurance benefit coverage valid in Outpatient Treatment Benefit Groups, per insured person under policy cover, per illness. This amount shall be USD 50 per illness.

GUARANTEED RENEWABILITY

24 months after the commencement date of the first contract and subject to the condition that two consecutive insurance year period is completed without any interruption, after the evaluation of the insured's condition the Insurer may grant the Guaranteed Renewability to make a new contract at every anniversary date of the contract up to age 75, based on the premium rates valid at that time.

However, if dependants are included under the family coverage after the commencement date of the policy, 24 months period for the dependants is counted by taking into consideration the date of the commencement of the cover for the dependants.

The Insurer can ask for physician's health report and diagnostic procedures in order to evaluate the health condition of the insured. The Insurer has the right to give or not to give Guaranteed Renewability.

Name and surname of each insured to whom Guaranteed Renewability Certificate is given should be indicated and written on the policy. Having Guaranteed Renewability is not a vested right for the insured.

In order to keep the validity of the Guaranteed Renewability, all the contracts should be made successively without interruption.

Duration of the insurance contract is 1 year. After the Guaranteed Renewal is given, at each new insurance commencement date, the Insurer may ask for health declaration and reserves the right for all the contracts under the same category to change the Insurance Special Conditions, Benefits Table, Insurance Plan and Premium Tariffs.

Changes made by the Insurer are valid by the commencement date of the new contract for each insured.

During the process of evaluating the insured for Guaranteed Renewability and afterward, if any declared information by the insured/policy owner is false or fraudulent that may be valuable in treating the medical condition of the insured, the Insurer reserves the rights stated in the Health Insurance General conditions Article 5 in which case Guaranteed Renewability will no longer be in force.

Deviation and konkha operations of the insured having Guaranteed Renewability are under coverage of policy. In addition if also 5 years of insured period is completed, congenital illnesses are also covered under the condition diagnosis was in insured period.

PRE-EXISTING CONDITIONS

Excluding the conditions declared and accepted by the Insurer, all undeclared medical conditions requiring operation, treatment and/or medical opinion before the commencement date of the policy are considered as pre-existing illnesses.

SERIOUS MEDICAL CONDITION

Health conditions requiring urgent remedial treatment in order to avoid death or serious impairment of the insured and need Emergency Medical Evacuation Decision which in the opinion of the Insurer; its authorized representatives or medical advisers.

The seriousness of the medical condition will be assessed in view of geographical location, nature of the medical emergency and the local availability of appropriate medical care or facilities.

MEDICAL INSTITUTIONS WITHIN TELEMED24 SERVICE NET

The medical expenses considered to be covered under Hospital Services and Treatment Benefit (3.3.1) is paid directly to the medical institution by the Insurer if the institution is within TELEMED24 service net.

Any information regarding the medical institutions within TELEMED24 service net can be obtained by connecting to the website of the Insurer; <http://www.yksigorta.com.tr>.

ARTICLE 3 INSURANCE BENEFITS

The following benefits as per the "Benefits Table" attached to this booklet are valid if they exist within the plan coverage indicated on the policy and are up to the annual limits indicated on the "Benefits Table".

3.1. Inpatient Treatment Group valid outside the USA/Canada (1)

Under this, coverage benefits numbered 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, 3.3.5, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8 are valid. If Inpatient Treatment Deductible is indicated on the policy, payment liability of the Insurer will start for the expenses within the insurance benefit coverage after the deductible.

3.2. Inpatient Treatment Group valid in the USA/Canada(2):

Based on the condition that Inpatient Treatment Benefit Group (2) takes place within the plan coverage stated on the policy that is valid in the USA/Canada as geographical scope, only 3.3.1, 3.3.2, 3.3.5, 3.3.6, 3.3.7, 3.3.8 benefits are valid in the USA/Canada.

Maximum hospitalization period is limited to 60 days within an insurance year in the USA/Canada. Additionally, 25 % of the expenses under the insurance benefit coverage incurred in the USA/Canada are to be paid by the insured whereas the Insurer pays 75 % of the expenses. If the amount of expenses exceeds USD 60,000 per policy, then the Insurer pays 100% of the exceeding amount. If there is an inpatient treatment deductible on the policy, liability of the Insurer for paying 75% of the expenses starts for the expenses under the insurance benefit coverage after the deductible.

Hospitalizations in the USA/Canada, involving standard or intensive care are subject to the daily limits stated separately in the "Benefits Table".

3.3. Definitions of the Benefits:

3.3.1. Hospital Services and Treatment Benefit:

When medically necessary and when the physician states the necessity of hospitalization in his detailed report, this benefit covers hospital-room and board (up to the daily cost of a single-bedded standard room-excluding suite-), meal charges, nursing care (except for private nurses), diagnostic, laboratory or other medical facilities or services, physicians', surgeons', anesthetists' or specialists' fees or consultations, intensive care unit charges, operation theatre charges, all kinds of prescribed drugs, dressings for in-hospital use, equipment charges and companion charges (up to the half of hospital-room and board cost).

The medical expenses which occur at an institution within TELEMED24 service net are paid directly to the institution by the Insurer. Therefore, the institution should ask for a confirmation within 24 hours of hospitalisation.

The hospitalization authorization given is valid in case that realized within 7 days and the policy is in force. In case of hospitalization after mentioned period of time, approval shall be renewed.

After 15 days of hospitalization, in order expenses after fifteenth day to be covered by the scope of the policy, health declaration form shall be filled out to be approved again by Insurer.

The expenses of chemotherapy, radiotherapy, coroner angiography, dialysis and kidney stone breaking (ESWL) are covered beginning from the second year of the insurance within this benefit.

If the insured has more than one surgery under the same anesthesia, and if any one of these surgeries is not covered in the policy, the relevant hospital and surgical expenses are calculated according to the weighted proportion of the values of the surgeries in question as stated in the TPA (Turkish Physicians' Association) Minimum Fee Tariff, provided that the final total invoice or the invoice belonging to the expense which is not covered are submitted. If uncovered surgery is a plastic surgery, expenses of accompanying surgery under the coverage shall not be paid.

After the commencement of the insurance, artificial legs, arms and eyes needed in case of accidental injuries on condition that a formal accident report is drawn up by legal institutions are covered up to USD 3,000 per event. Expenses related to one certain organ are up to this limit for lifetime.

Any dental or oral treatment expenses shall be covered under this benefit on condition that a formal accident report is drawn up by legal institutions.

Maximum period of inpatient treatment covered is 180 days for the insurance year and the maximum period of intensive care is 90 days within this period.

3.3.2. Organ Transplantation Benefit:

This benefit includes the transplantation expenses of kidney, heart, liver, cornea and bone marrow. The policy does not cover the cost of acquisition of the organ or expenses incurred by the donor.

No other type of benefit by the policy provides cover in connection with organ transplantation. This benefit is subject to annual limit.

3.3.3. Pre-Hospital Diagnostic Services Benefit:

This benefit covers the expenses of lab, X-ray or other medically necessary diagnostic procedures required by a physician realized within 60 days before the hospitalization date for each different disease, for the operation or hospitalized treatment of the specific medical condition diagnosed. This benefit can be used once for the same disease for the policy year.

3.3.4. Post-Hospital Follow-Up Treatment Benefit:

This benefit covers the expenses of the out-patient treatments like medical visit, prescribed drugs, diagnostic methods, dressing, wound care required by the physician, realized within 60 days after the discharge date of the insured from the hospital for the follow up treatment of the specific medical condition diagnosed and received by the insured in-hospital.

Complementary Physical Treatment expenses, initiated within 2 months after treatment requiring an operation or extensive care related to an accident or diseases that are covered by the insurer within the scope of Inpatient Treatment Benefit, are covered within the limit of 2,500 YTL within the scope of this benefit whether they are inpatient or outpatient are covered within this benefit.

3.3.5. Home Nursing Following Hospitalization:

If required by the physician and provided that it is related to the follow-up treatment of the medical problem that caused the insured to be hospitalized, this benefit, following discharge from the hospital and for a maximum period of 30 days per year, covers the expenses of the full time or part time services of officially licensed nurse upon the Insurer's approval. Such services must only be given for medical care. This benefit cover is subject to the daily limits stated in the "Benefits Table" and it is evaluated in the scope of maximum hospitalization period for a year.

3.3.6. Local Ambulance Services:

The medically necessary transportation of the insured by road vehicle to the nearest local hospital.

3.3.7. Emergency Medical Evacuation Benefit:

According to the definition of serious medical condition, evacuation of the insured by surface or air transportation within the local conditions to the nearest hospital where appropriate medical treatment is available. This benefit covers first aid services and expenses of the evacuation before and during transportation. The Insurer and its authorized representatives reserve the right to decide if the insured's medical condition justifies emergency medical evacuation. The Insurer shall also decide the place to which the insured will be evacuated and the means by which the evacuation should be carried out, having regard to all the assessed facts and circumstances of which the Insurer is aware at the relevant time.

The 24-hour emergency assistance centre provided by the Insurer should be contacted to obtain the approval of the emergency medical

evacuation and to make the necessary transportation arrangements. Failure to do so may invalidate a claim. The policy will not pay to evacuate an insured from his/her Home Country to a foreign destination. The Insurer pays the reasonable transportation costs for one person accompanying the insured if medically required by the physician. Reimbursement of expenses within the coverage of this benefit, are subject to the limits defined as per the "Benefits Table".

3.3.8. Local Burial or Repatriation of Mortal Remains:

This benefit covers the expenses of preparation and air transportation of the mortal remains from the place of death to the Home Country (Nationality declared on the application form will be deemed as the insured's Home Country), or the preparation and local burial of the mortal remains of the insured who dies outside his/her Home Country. This cover is subject to the limit defined as per the "Benefits Table".

3.3.9. Outpatient Treatment Services Benefit:

This benefit as per the "Benefits Table" is valid, if exists within the plan coverage indicated on the policy and is subject to the annual limits indicated on the "Benefits Table". Outpatient Treatment Deductible is applied for each health condition and each claim requisitions. This amount shall be USD 50 per illness. Cover per outpatient treatment services does not include the expenses under any other type of benefit insured by the policy.

Outpatient Treatment Benefit in the USA/Canada covers only expenses due to accident reported by legal institutions or infectious disease as per the "Benefits Table".

Medically necessary outpatient services under this coverage are defined below:

3.3.9.1. General Practitioner Services:

Outpatient treatment or medical examinations offered by the general practitioner or services given under his/her administration.

According to the opinion of Turkish Physicians Association (TPA), the inspections related to the diagnosis of the first inspection, realized within 10 days, are considered as control inspection and it should not be asked for an extra fee. Therefore, control inspection expenses invoiced in such a way are not covered by the benefit.

3.3.9.2. Specialist Physician Services:

Outpatient treatment or examinations offered by a specialist or adviser physician or services given under his/her administration. Inspection

Invoices of Dentists, lenses and the expenses of eye inspections realized in optic centers are not covered.

The expenses of ultrason examinations of clinicians during inspections are covered within the limits of this benefit in case that the original of the ultrason output and the physician's report are available.

According to the opinion of Turkish Physicians Association (TPA), the inspections related to the diagnosis of the first inspection, realized within 10 days, are considered as control inspection and it should not be asked for an extra fee. Therefore, control inspection expenses invoiced in such a way are not covered by the benefit.

3.3.9.3. Laboratory and x-ray Services:

Laboratory, tests, X-ray or nuclear medicine applications to diagnose or treat any medical condition provided by the physician or ordered by a physician.

Without any existing urgent health condition, the diagnosis treatments of the insured that will be realized as inpatient are evaluated within the scope of this benefit.

General health examinations (check-up) expenses are not covered. In respect of diagnostic applications required by the doctor for a particular illness, extensive examinations, which are not related with that illness, shall be considered as general health examinations. (Coroner Artery Calcium Scoring Test and EBT realized with the aim of scanning are not covered.)

3.3.9.4. Prescribed Drugs:

The prescribed drugs by a physician for treatment of the insured outside the hospital and protective vaccines. Erythropoietin featured drugs (eprex etc) used to recover the intensive anemia development after chemotherapy and dialysis, are covered within the scope of this benefit.

3.3.9.5. Physical Treatment

Physical Treatments excluding the physical treatments needed after an operation and intensive care defined within the scope of Hospital Services and Treatment, until the limit of 15 sitting in the year of the policy, are covered within the scope of Outpatient Treatment Benefit Group limit.

ARTICLE 4 DURATION OF THE INSURANCE

Duration of the insurance is one year and the insurance contract is in force between the indicated dates. Insurance benefits will be in

force after the acceptance of the application form and issuance of the policy by the Insurer.

ARTICLE 5 ELIGIBILITY

Persons who are residing within the Turkish Republic boundaries are eligible for insurance unless otherwise agreed in writing by the Insurer.

This insurance covers a person who is older than 18 years and younger than 60 years in the first policy year, until the age of 75 and his dependants under the family coverage, according to the following conditions.

Other than the newborn children, dependants under the family coverage shall be eligible for the insurance on the same date that the insured to whom they are related becomes eligible or on the date of the insured's spouse and insured's children whose maintenance is under the insured's responsibility, become such dependants, whichever is later.

Newborn children shall be eligible for insurance 15 days after discharge from the hospital where the birth took place.

Every person has to fill out the health declaration form for eligibility. According to this declaration, the Insurer has the right to accept or not, to accept by charging extra premium, to exclude certain illnesses and to ask for medical examination and medical tests.

The insured that has been granted a guaranteed renewability shall be under cover until the age of 75.

ARTICLE 6 CANCELLATION OF THE INSURANCE DUE TO UNPAID PREMIUMS OR AT THE REQUEST OF THE INSURED

If the policyholder does not pay the insurance premium or the advanced payment if it is decided to be paid by installments until the end of the delivery date of the insurance policy, the insured, becomes default. In the same way, if policyholder does not pay any of the premium installments, the certain dates of which are mentioned on the policy, until the end of the due date, insured becomes default. In cases that the insured becomes default in the liability of premium payment, the conditions of The Law of Obligations, are applied and the policy is cancelled without the need to any delay according to the 3.paragraph of 107.article of The Law of Obligations and the benefits are not taken into force.

In the case that the policyholder(s)/insured demands the cancellation of the policy within 30 days of the arrangement date of the policy, the premiums paid in conditions in which the risk has not been realized,

are reimbursed to the insured / policyholder without deduction. In the case that the risk has been realized within the first 30 days and in all cancellation requests exceeding this period of time, the premium amount right of the insurer depending on the period of time passed from the beginning date of the policy, is calculated as follows:

- %20 of the insurance premium if the policy is in force until 31 days
- %30 of the insurance premium if the policy is in force between 31 days and 2 months
- %50 of the insurance premium if the policy is in force between 2 and 3 months
- %80 of the insurance premium if the policy is in force between 3 and 6 months
- The whole insurance premium if the policy is in force between 6 and 12 months

The amount that shall be reimbursed to the insured/ policyholder(s) is calculated as follows by considering the amount which is the right of the insurer and paid compensation.

If the amount of claims paid to the insured does not exceed the earned amount of the insurer as stated above, the difference between the paid premiums and the earned amount shall be paid back to the insured.

If the amount of claims exceeds the earned amount of the Insurer but does not exceed the premium paid, the difference between the paid premiums and the amount of claims shall be paid back to the insured.

If the amount of claims exceeds the earned amount of the Insurer and premium paid, no back payment shall be made

In case of any claim, if the total claim amount exceed the amount of the paid premium, the Insurer shall have the right to ask for an amount not exceeding the due claim amount from the unearned premium in advance.

ARTICLE 7 CANCELLATIONS DUE TO FRAUD

The Insurer has the right to cancel the policy without refunding any premium and to collect payments due to medical expenses incurred by the insured in case of deliberate actions such as letting others act on the Insured Person's behalf to obtain benefit hereunder or one dependant forging medical documents in the name of any other dependant of the policy.

ARTICLE 8 CLAIM PAYMENTS

Official and original bills, invoices and documents are necessary for the payments. The claim payments shall be wired directly to the insured's bank account by the Health Customer Services Department located in the Head Office or Regional Offices of Yapı Kredi Sigorta. The Insurer shall completely fulfill his/her responsibilities, after the claim payment is deposited in the bank account number stated by the insured as written. In medical expense payments, only customary and reasonable charges consistent with the going rate or charges in a certain geographical area for identical or similar services are accepted.

If the policyholder prefer to pay the premium in installments, at the time the expense occurs, unpaid installments will be deducted.

Documents listed must be submitted to the Insurer relating to the medical expense payments (copies are not accepted). The Insurer has the right to rearrange the premium for the new policy year if he receives any bills belonging to expenses of the previous policy year. In addition, documents in foreign language other than English should be translated and approved by a notary public.

A. Claim Payments related to Hospital Services:

Declaration Form will be filled out and sent to the Insurer before the admission to the hospital.

1. Report showing the reason for admission to the hospital
2. Detailed hospital invoice and other invoices within this benefit
3. In surgical operations, detailed operation report and pathology report if any piece has been taken,
4. PNS CT radiograms before FESS and Caldwell-Luc operations, os-nasal radiograms before and after nasal deviation operations, and second doctor's opinion if necessary,
5. Summary of discharge and reports of the diagnostic services and treatment applied, videos of laparoscopic, orthoscopic and endoscopic operations if necessary and any,
6. Medical observation report, if necessary, all judicial reports (traffic accident report, incident report, statement records, alcohol test results, etc.), insured's declaration.

B. Claim Payments related to Medical Visit:

Invoices (doctor's stamp and specialization indicated) the original of the ultrason output or report in inspections made by clinicians by using ultrason.

C. Claim Payments related to Prescribed Drugs:

1. Prescriptions
2. Bills and invoices
3. Drug tags and barcodes (drug names and price should be legible)
4. Physician's report for continuously used drugs, if any
5. Doctor report when required

D. Claim Payments related to Diagnostic Services:

1. Order note or report written by the doctor, indicating the diagnosed or suspected illness,
2. Invoices
3. Pathology and related reports
4. Doctor's report (concerning the reason for examinations required), medical record, if necessary

E. Claim Payments related to Treatment:

1. Medical report showing the treatment applied
2. Detailed invoices of hospital or clinic and invoices belonging to expenses under cover, if any pathology, detailed reports.

ARTICLE 9 GEOGRAPHICAL SCOPE OF THE INSURANCE

Insurance benefits are valid within the geographical scope that is stated on the policy as per the "Benefits Table".

ARTICLE 10 MEDICAL EXPENSES ABROAD

Expenses incurred abroad, shall be paid in New Turkish Lira, according to the benefit coverage and limits within the plan that is stated on the policy and as per special conditions. The expense amount shall be converted from the local currency of the country where the expense took place, into Turkish lira by using the effective selling rate of exchange of the currency as declared by the central bank of Turkey on the payment day. In the case that there is no central bank of Turkey equivalent of the currency of related country, the expense amount will be converted by using the cross rate of US Dollar with the currency of the related country, and the effective selling rate of exchange of US Dollar.

The insured can make use of the insurance benefits provided that he proves that he was in that country at the date of the expenses occurred.

ARTICLE 11 YAPI KREDİ SIGORTA SERVICE NET

A. Yapı Kredi Sigorta Alarm Centre (TELEMED24 line)

In case of medical emergency cases, insured may call the TELEMED24 line stated in the Yapı Kredi Sigorta Cards to receive the Insurer's free ambulance service, offered within the Turkish Republic boundaries. In addition, they may get medical advice or consultation for their medical problems for 24 hours.

B. Emergency Aid Service

For any sudden illnesses and/or injuries due to any accident abroad, the policyholder, or a companion or a medical attendant may call the Emergency Aid Telephone Number given on the backside of the Yapı Kredi Sigorta Cards to inform the Assistance Company.

Assistance Company will answer all emergency calls, 24 hours a day, liaising with hospitals and doctors worldwide, making arrangements with hospitals to bill Assistance Company directly, dealing with the families of the sick or injured person to relate information on treatment or the patient's well being, obtaining second medical opinions where necessary, arranging transfers between hospitals, obtaining all necessary medical reports and ultimately making arrangements for the repatriation, if necessary, of the insured person back to his country of origin. Assistance Company will also organize the admittance to hospital in the insured's Home Country, where this becomes necessary.

ARTICLE 12 RIGHT TO CONTROL

The Insurer has the right to require medical examination of the insured in case of claim notification or whenever it is needed while the contract is in force.

In addition, the Insurer has also the right to get information, and to ask copies of medical records from all the doctors and health institutions of which the insured received treatments during and before the insurance period. Therefore, the insured accepts that he will not claim for anything against either the Insurer or the doctors and health institutions, which have provided information and copies of medical records regarding the treatment the insured received. The Insurer may appoint independent administrators acting on behalf of the company to settle the claims.

ARTICLE 13 INSURANCE PREMIUMS

The premium of this policy is calculated according to the effective selling rate of exchange on the Central Bank of Turkey at the date

when the application form is completed. However, premiums charged for the benefit coverage within the policy are calculated in USD currency assuming that the increase rate of the rate of exchange of US Dollar in 3 months would be maximum 20 %. In case of the increase rate of the rate of exchange occurs over 20 %, the Insurer has the right to change the rate of exchange used in conversion of premium collection, reimbursement of medical expenses and use of benefits, according to the inflation in health sector and the changes in the behavior of its own portfolio.

If a person joins the family (spouse or child) or if some changes are requested in the insurance benefits after the commencement date of the policy, as the Insurer accepts the requested changes, the premium tariff which was in force at the time of the request of the changes is applied with the effective selling rate of exchange on the Central Bank of Turkey at the date of the request or with other rates of exchange determined according to the conditions written above.

ARTICLE 14 PREMIUM PAYMENTS

Policy premium payment can be made by:

Credit Card;

The Insurer collects the premium from the insured's or policyholder's credit card on the due dates written on the policy. Otherwise, statements of Article 7 of General conditions shall be put in force.

Bank Account;

The Insurer collects the premium from the insured's or policyholder's Yapı Kredi Bank current account (naturally, the policyholder should inform the bank) according to the due dates written on the policy. If the bank account is not adequate at the premium due dates, statements of Article 7 of General conditions shall be put in force.

Personal Cheques;

Insured or policyholder can pay the premium amounts by personal cheques for the due dates of which are written on the policy. If the cheque account is not adequate at the premium due dates statements of Article 7 of General conditions shall be put in force.

Bank Payment Document;

Premiums can be paid free of charge from any branch of Yapı Kredi Bank in accordance with the premium amounts and due dates written on the bank payment document which is prepared and supplied by the Insurer when requested by the policyholder.

ARTICLE 15 EXCLUSIONS

The following treatments, conditions and expenses are excluded from the insurance coverage and the Insurer will not be liable for the following:

1. Conditions, which are stated in Article 2/a, b, c, e, f, g, h of Health Insurance General conditions are excluded. Medical expenses due to earthquake, flood, volcanic eruption and landslide, which are stated in Article 2/d as exclusions, are covered with a deductible of USD 500 as per the policy benefits.
2. Officially declared epidemic diseases, quarantine,
3. All diagnostic and treatment expenses relating to abortion, infertility, sterility, miscarriage research, and artificial pregnancy methods (in vitro fertilization, ovulation follow-up, cerclage, microinjection, tuboplasty etc.), hysterosalpingography (HSG), spermiogram, adesiolysis, all diagnostic and treatment expenses relating to impotency, sexual function disorders (including penile prosthesis) and all methods of family planning.
4. AIDS, any AIDS related conditions or diseases, sexually transmitted diseases,
5. Baby-sitting, every kind of baby food, oral nutrition products, baby diapers, feeding bottles and related expenses, circumcision (phimosis),
6. All kinds of reconstructive and plastic surgery (except accidental cases), operations accompanying plastic surgeries, telangiectasy, skin hemangioma treatments, gynecomasty, transsexualism operation, operations to correct refractory defects (myopia etc.) and the expenses of the drugs used before and after the operation, strabismus, eye fatiguesyndrom, voice and speaking therapies, superficial varicose vein treatment (sclerotherapy), ungeneral vaccine and drugs related to the strengthening immunity system, acupuncture, ayurveda, hydrotherapy, Jacuzzi, hypnosis, aromatherapy, cosmetic vaccines and injections, products for protecting the skin from drying or sweating, thermal cures, mud baths, treatment or medical expenses concerning hair loss, study and treatments related to obesity and excessive weakness (including medicine, dieting specialist, and fat measuring tests), anorexia, study and treatments related to quitting cigarette, massage, dieting, gym centers, fitness centers, slimming centers and similar expenses and all visits, diagnostic and treatment expenses incurred in the beauty and foot care centers, lenses and expenses of the eye inspections incurred in optical centers.
7. Materials and items for general and personal hygiene, cosmetic

- products, not considered as drug, Alcohol, eau de cologne, all kinds of soaps, shampoo, hair solution, tooth paste, cotton, thermometer, glucometer sticks and equipment, ice-bag and similar auxiliary medical materials, artificial sweeteners, spectacles, contact lenses and all kinds of relating expenses of lenses,
8. Alcohol intoxication, alcoholism, all illnesses and accidents due to alcohol consumption, all kinds of expenses due to consumption and absence syndrome of heroin, morphine and similar drugs,
 9. Even it is told to the insurer while being insured, expenses related to surgery or medical treatments required by a preexisted condition (as given in Article 2), physical and mental retardation, periodical diseases, expenses due to birth defects, congenital illnesses or hereditary conditions, (if insured has renewability guarantee and has completed 5 years of insured period continuously, congenital illnesses are also covered under the condition diagnosis was in insured period.) hereditary illnesses and chromosomal tests; even if the illness is diagnosed later after birth.
 10. All kinds of prosthesis which are not necessary for the surgery, orthopedic and similar corrective devices, hearing aids, wheelchair, holter monitor, sleeping apparatus (CPAP etc.), all diagnostic and treatment expenses relating to snoring due to any reason except sleep apnea syndrome and all similar expenses, the cost of acquisition of the organ and the donor's fee in case of organ transplantation and all expenses relating to blood and blood donor.
 11. Mental Disorders, psychotherapy, psychiatrist, psychologist expenses, advisement services, all psychiatric drugs IQ tests and alike, geriatric treatment and psychosocial anomalies (enuresivnocturia etc.)
 12. Sanatorium, health care centre, rehabilitation centers and similar long term care services, medical hospitalizations related to Dementia, Alzheimer and Parkinson diseases.
 13. Special nursery, telephone expenses and similar administrative expenses,
 14. Check-ups, expenses related to medical certificates and preparation of health report, (Coroner Artery Calcium Scoring Test and EBT realized with the aim of scanning) and physical treatment expenses above 15 sittings within the year of policy
 15. All expenses related to all kind of treatments provided by dentists and oral surgeons, orthodontics and all kind of treatments related to orthodontics,
 16. Surgical or medical treatment relating to the below mentioned diseases are excluded from the coverage within the first year of insurance;

All kind of organ transplantation (except the consequences of an accident) and complications arising therefrom, all kind of cyst (dermal, subdermal, renal, vaginal, etc.), anorectal diseases (hemorrhoid, fissure-fistula, sinus pylonidalis, etc), gastrointestinal tract bleeding, diseases relating to diverticulas, sfincterotomy, hernia (any kind), vertebral and discal diseases (hernia discal, facet denervation, nerve blockage, etc.), hygroma, hallux valgus, trigger finger, joint disorders (meniscus, ligament lesions, ligament disorders in shoulder, elbow, ankle joints etc.), diseases and surgeries relating to uterus-ovar and salpinx, cyst bartoline, endometriosis, cystorectocele, dialysis, genitourinary tract operations and stones (ESWL), bladder diseases, diseases and operations of mamma, sinusitis and operations thereof, tonsill ectomy, adenoidectomy, audition surgery (tympanoplasty, tube implantation to tympanic membrane, stapedectomy, etc.) and sleep-apnea surgery, cataract, glocom, keratoplasty, prostate (including TUR), varicose, any kind of plegia, thyroid and parathyroid diseaeses, gallbladder, gall stones, choledoc and cystic gall stones, liver diseases, hydatic cysts, pancreas surgery, spleen surgery (except the consequences of an accident), all cardiac and coronary diseases (coronary angiography, coronary by-pass, angioplasty, aortic dissection, including aneurysm), all kind of chronic disease (hypertension, ulcer, inflammatory intestine diseases -ulcerative colitis, crohn-, COAD (chronic obstructive airway disease), asthma, DM, epilepsy, MS, Parkinson, hepatitis B, sarcoidosis, nephritis and all kind of rheumatic and connective tissue diseases), invasive manipulations for diagnosis and treatment (angiography, ERCP, etc.), arthroscopic and laparoscopic operations, chemotherapy, radiation therapy, and all other expenses due to tumor and cancer treatment .
 17. All kinds of medical evacuation costs not approved in advance by the Insurer as Emergency Medical Evacuation and Local Ambulance Services,
 18. Nasal deviation and conch surgery expenses for those who are insured with Yapı Kredi Sigorta after 01/01/2001 will not be covered. However, this exclusion does not apply to insured that have been given guaranteed renewability and related expenses diagnosed within the insurance period will be paid as per policy benefits and limits.
 19. Expenses of the insured relating to supplying required documents, transport, post and accommodation expenses

20. Rock climbing, mountaineering, pot holing, sky diving, parachuting, hang gliding, ballooning, motorbike and car sport, civilian aviation, horsemanship, water sports, scuba diving and all other kinds of dangerous sports, racing and all professional sports,
21. Alternative medical methods, medical visits and treatments received in alternative medical centers, treatments those are not scientifically recognized, experimental treatments and all expenses relating to treatments, which are accepted by the American FDA (Food and Drug Administration) to be in the experimental stage,
22. Medical expenses payable under any legal liability or payable by another insurance institution or third parties, corresponding insurance cover relating to death, injury and diseases arising out of an occupational reason (occupational disease and occupational accident),
23. All expenses which are arising from malpractice of doctors or health institutions,
24. Any kind of pregnancy preparations (TORCH test, etc.), routine medical examinations during pregnancy, laboratory, X-ray services, birth, pregnancy and any complications arising therefrom, and family planning.
25. All costs relating to muscular, skeletal or human organ or tissue transplant from a donor to a recipient except as defined under the Organ Transplantation Benefit,
26. Treatments for illnesses and/or accidents resulting from participation in war, riot, civil commotion or any illegal act,
27. Any injuries or illnesses incurred while servicing as a full time member at military or police network,
28. As per the "Benefits Table", all treatments or expenses incurred in the USA/Canada unless Inpatient Treatment Benefit Group (2) Coverage valid in the USA/Canada does take place under the plan stated on the policy,
29. As per the "Benefits Table", all expenses of outpatient treatment services unless Outpatient Treatment Services Benefit Coverage does take place under the plan stated on the policy,
30. According to the definitions in this statement and the "Benefits Table", all health expenses other than the benefits covered by the plan stated on the policy,
31. Under circumstances that the institution within TELEMED24 service net does not ask for a confirmation within 24 hours of hospitalization and after 15 days of hospitalization, in order

expenses after fifteenth day to be covered by the scope of the policy, health declaration form is not filled out to be approved again by Insurer.

32. Expenses incurred abroad when the insured lives more than three months abroad during one policy year.
33. The varicocele and scoliosis operation expenses of the persons, taken under the scope of health insurance as a first time by arranging application form after 01/07/2003 in Yapı Kredi Sigorta
34. Kidney and gall stones analysis expenses

ARTICLE 16 RENEWAL OF THE CONTRACT

Before the end of the insurance period, a new contract may be signed by mutual agreement according to the Regulation of Risk Acceptance of the Insurer until the age limit stated in this regulation, which is valid after the ending date of the previous policy. In the case that new policy is arranged after the ending date of the previous policy, the right of the insurer not to guarantee the risks that may realize until the new policy is signed and the right to remove the validity of renewal rights are reserved.

In the process of new contract, conditions related to the Guaranteed Renewability are reserved for the insured that are given Guaranteed Renewability Certificate.

The Insurer has the right to charge extra premium due to the usage, to require new health declaration, medical examination and medical tests, to exclude certain diseases, to limit the benefits, to change Special Conditions, Benefit Table, Insurance Plan and Premium Tariff of the insurance while issuing a new policy. Changes made in Special Conditions, Benefit Table, Insurance Plan are valid by the commencement date of the new policy for each insured.

ARTICLE 17 DISCLOSURE OBLIGATIONS

Insured or policyholder has the obligation to answer all the queries honestly in application form and supplemental forms and to declare everything regarding the risk and risk assessment. If the declaration made by the insured/policy holder is not correct, 1290th article of Turkish Trade Code and fifth article of General conditions of Health Insurance shall be applied. The Insurer has the right not to issue or to cancel the policy. In such a case, if the claim has occurred, the Insurer will not pay the expenses and has a right for the premium.

If undeclared illnesses does not obstacle insuring, the Insurer (in

addition to the Health General conditions Article 5), having his rights reserved, may exclude some illnesses or may include by charging extra premium.

ARTICLE 18 THE RIGHT OF RECLAMATION

The Insurer reserves the right to reclaim all the payments together with their secondaries made for the expenses which are not in accordance with WIP Health Insurance Special conditions and the Health General conditions.

ARTICLE 19 THE DEATH OF THE INSURED AND/OR THE POLICYHOLDER(S)

A. The Death of the policyholder

In case of death of the policyholder, the policy shall become invalid.

In case of that the policyholder and insured are different person, and insured persons want to keep the policy on by changing policyholder, the policy may be continued by changing the policyholder with the written approval of the legal successors of the policyholder. In case of that the demand for the continuity of the policy and the approval of the legal successors of the policyholder related to this subject do not exist, the premium amount equivalent to the period of time in which the responsibility of the insurer continues, is calculated as based on day principle and the residual amount is reimbursed to the legal successors to the policyholder. However if the risk related to the subject of the insurance has been realized, the portion of the amount of the installments whose due date has not come which does not exceed the compensation amount for which the insurer has the liability to pay, becomes due and is credited to the premium reimbursed.

When the insured and policyholder/holders are the same person, and there is nobody included in the policy (spouse, child), in case of death of the insured/policyholder(s), the insurance policy becomes invalid. The premium amount equivalent to the period of time in which the responsibility of the insurer continues, is calculated as based on day principle and the residual amount is reimbursed to the legal successors of the policyholder. However if the risk related to the subject of the insurance has been realized, the portion of the amount of the installments whose due date has not come which does not exceed the compensation amount for which the insurer has the liability to pay, becomes due and is credited to the premium reimbursed.

When the insured and policyholder/holders are the same person, and there are other persons included in the policy (spouse, child) in case of death of the insured/policyholder(s), if other insured(s) want to

continue the insurance, the existing policy is cancelled and the premium amount equivalent to the period of time in which the responsibility of the insurer continues through the deceased person, is calculated as based on day principle and the residual amount is reimbursed to the legal successors of the policyholder and the insurance of the spouse and the children is continued on the second policy whose ending date is the same. However if the risk related to the subject of the insurance has been realized, the portion of the amount of the installments whose due date has not come which does not exceed the compensation amount for which the insurer has the liability to pay, becomes due and is credited to the premium reimbursed.

B. The Death of Insured

In the policies including more than one person, in case of the death of one of the insureds, the premium amount equivalent to the period of time in which the responsibility of the insurer continues through the deceased person, is calculated as based on day principle and the residual amount is reimbursed to the policyholder and the policy continues. With the realization of the risk, the portion of the amount of the installments whose due date has not come which does not exceed the compensation amount for which the insurer has the liability to pay, becomes due and is credited to the premium reimbursed.

If there is no other person in the policy except for the deceased person, the policy becomes invalid. The premium amount equivalent to the period of time, in which the responsibility of the insurer continues through the deceased person, is calculated as based on day principle and the residual amount is reimbursed to the policyholder and the policy continues. With the realization of the risk, the portion of the amount of the installments whose due date has not come which does not exceed the compensation amount for which the insurer has the liability to pay, becomes due and is credited to the premium reimbursed.

ARTICLE 20 TREATMENTS AFTER THE TERMINATION OF THE INSURANCE PERIOD

In case of termination of the insurance period and non renewal of the contract, for the medical conditions which are notified and accepted by the Insurer before the end of the policy period, inpatient treatment coverage will continue up to the end of the treatment subject to limits of the plan indicated on the policy. However, this cannot exceed 10 days by any means after the end of the policy period.

BENEFITS TABLE PROVIDED ACCORDING TO THE PLANS

GEOGRAPHICAL SCOPE		PLAN 1A	PLAN 1B	PLAN 1C	PLAN 2A	PLAN 2B	PLAN 2C
World-Wide	Overall maximum limit for treatment in hospital (Total maximum day limit during all years as insured)	Max. 730days	Max. 730days	Max. 730days	Max. 730days	Max. 730days	Max. 730days
Excluding the USA /Canada (including Turkey)	In-patient Treatment Benefit Group (1)	UNLIMITED	UNLIMITED	UNLIMITED	UNLIMITED	UNLIMITED	UNLIMITED
	Out-Patient Treatment benefit Group	Not Available	Not Available	Not Available	Annual Limit* 10.000\$	Annual Limit* 10.000\$	Annual Limit* 10.000\$
In the USA /Canada	In-patient Treatment Benefit Group (2)	Not Available	Group Annual Limit 250.000\$***	Group Annual Limit 1.000.000\$***	Not Available	Grup yıllık limiti 250.000\$***	Group Annual Limit 1.000.000\$***
	Out-Patient Treatment benefit Group	Not Available	Not Available	Not Available	Not Available	Annual Limit* 1.000\$	Annual Limit* 1.000\$

IN-PATIENT TREATMENT BENEFIT GROUP(1) EXCLUDING THE USA/CANADA (INCLUDING TURKEY)

Hospital Treatment and Services	Hospitalization period of maximum 180 days for each insurance year including the intensive care period.
Intensive Care Unit	Maximum 90 days for each insurance year
Organ Transplantation**	Annual Limit \$200,000
Pre-Hospital Diagnostic Services	Within 60 days from the date of hospital admittance
Post Hospital Follow-up Treatment	Within 60 days of the date discharge from hospital
Home-Nursing following Hospitalisation	Max.30 days and \$200 daily limit for each insurance year
Emergency Medical Evacuation	Air ambulance service is subject to annual limit of \$25,000, road ambulance service is subject to limit of \$500 per case.
Repatriation or Local Burial of Mortal Remains	Annual limit \$10,000

IN-PATIENT TREATMENT BENEFIT GROUP (2)* IN THE USA /CANADA**

Hospital Treatment and Services	Hospitalization period of maximum 60 days for each insurance year including the intensive care period (500 \$ daily limit for room and board)
Intensive Care Unit	Max. 30 days and \$1,000 daily limit for room and board for each insurance year
Organ Transplantation**	Annual Limit \$200,000
Home-Nursing following Hospitalisation	Max. 30 days and \$200 daily limit for each insurance year
Emergency Medical Evacuation	Air ambulance service is subject to annual limit of \$25,000, road ambulance service is subject to limit of \$500 per case.
Repatriation or Local Burial of Mortal Remains	Annual limit \$10,000

25 % of each expense incurred in the USA/Canada, will be paid by the insured. If the amount of expenses exceeds \$60,000, then the insurer pays 100 % of the exceeding amount.

- * Deductible amount is \$50 per illness for expenses incurred in the USA/Canada (as well as world-wide), within the Out-Patient Treatment Benefit. Out-patient Treatment Benefit is valid only for expenses due to accident reported by legal authorities or due to infectious disease.
- ** Expenses within the coverages of Organ Transplantation Benefit, whether in the USA/Canada or world-wide excluding the USA/Canada, will by no means exceed annual limit of \$200,000
- *** Expenses incurred in the USA/Canada, while subject to the annual limits of benefits stated in this table, will by no means exceed the annual limit (\$250,000 or \$1,000,000) of In-Patient Treatment Benefit Group (2).

Deductibles for both Out-patient Services Benefit and, if chosen by the insured, In-patient Treatment Benefit Groups are separately stated in the policy.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

MADDE 1 TEMİNAT KAPSAMI

İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

MADDE 2 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- Nükleer rizikolar, nükleer biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar,
- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

MADDE 3 AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

- Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- 2 nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri

ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

MADDE 4 SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

MADDE 5 SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

MADDE 6 SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

- Sigorta ettiren/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.
- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafından iadeli-taahhütlü veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/ sigortalının tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

- Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:
 - Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

- 2) Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,
- 3) Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse,

Sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

MADDE 7 SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür.

Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

- 1) Sözleşmeyi fesheder veya,
- 2) Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğü tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir. Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer. Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

MADDE 8 SİGORTA ÜCRETİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı

takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, müteakip taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak sigorta ettirene bildirilir. Sigorta ettiren kimse, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen yada yazılı olarak kendisine bildirilmiş olan prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır ve Borçlar Kanunu'nun 107 nci maddesinin 3 ncü bendi uyarınca herhangi bir mehile gerek kalmaksızın sözleşme derhal feshedilmiş olur.

Poliçenin ön yüzüne yazılması kaydıyla, rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

MADDE 9 RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı; Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

Sigorta ettiren/sigortalı sözkonusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma ;

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkına haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler:

- a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- b) Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.
- c) Gerekli belgelerin teslimi:

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını, veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

MADDE 10 MASRAFLARIN TESBİTİ

İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

- a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,
- b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,
Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşmadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir.
 - a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.
 - b) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-

bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşmazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

- c) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.
- d) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.
- e) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
- f) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez. Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.
- g) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.
- h) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.
- i) Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

MADDE 11 TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

MADDE 12 MÜŞTEREK SİGORTA

Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

MADDE 13 SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalı hakkında öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

MADDE 14 TEBLİĞ VE İHBARLAR

Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığı ile veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine ve/veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

MADDE 15 YETKİLİ MAHKEME

Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

MADDE 16 ZAMAN AŞIMI

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

MADDE 17 ÖZEL ŞARTLAR

Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

HEALTH INSURANCE GENERAL CONDITIONS

ARTICLE 1 SCOPE OF COVERAGE

This insurance policy covers all medical expenses arising out of illnesses and/or injuries due to any accident within the insurance period, and daily indemnity if any, within the framework of these general conditions and special conditions where applicable, up to the limits stated in the policy.

ARTICLE 2 EXCLUSIONS

The treatments, conditions and expenses arising out of illnesses and/or injuries due to the following causes are excluded from the insurance cover.

- a) War and warlike acts, revolution, riot or civil commotion resulting thereof.
- b) Crime or attempt to commit crime.
- c) Putting oneself consciously in jeopardy, except in the course of rescuing people or goods in danger.
- d) Consumption of narcotic agents like hashish, heroin,
- e) All the damages to occur as a result of terrorist acts set out in the Prevention of Terrorism Act No. 3713 and biological and/or chemical pollution, infection and intoxication arising as a result of sabotages caused by these acts or interventions performed by authorized bodies to prevent or minimize these acts,
- f) Nuclear risks, or any kind of attacks or sabotages which result in leakage / exposure of biological and chemical substances,
- g) Suicide or attempt at suicide,
- h) Exclusions listed in the Special conditions of the policy.

ARTICLE 3 EXCLUSIONS IF THERE IS NO AGREEMENT TO THE CONTRARY

If there is no agreement to the contrary, illnesses and/or injuries of the insureds as a result of any accident within the insurance period due to the following conditions are excluded from the coverage:

- a) Earthquake, flood, volcanic eruption and landslide,
- b) Except for damages set out in paragraph (f) of Clause 2, terrorist acts set out in the Prevention of Terrorism Act No. 3713, sabotages and interventions performed by authorized bodies to prevent or minimize these acts.

ARTICLE 4 TERRITORIAL SCOPE

Territorial scope of the insurance shall be stated in the policy.

ARTICLE 5 COMMENCEMENT AND EXPIRY OF THE POLICY

The policy begins at 12:00 pm and ends at 12:00 pm by Turkish local time on the dates stated as the commencement and expiry dates in the policy unless otherwise agreed.

ARTICLE 6 DECLARATION OBLIGATIONS OF THE POLICYHOLDER

The insurer accepts to insure the policyholder based on the written information provided by him/her on the application form or on the policy and its attachments.

The insured is obliged to answer all the questions given in the application form or in other documents. He/she should also declare all information regarding his/her health, to the extent of his/her knowledge and information which shall have a material effect on the acceptance of the proposal. If the information provided by the insured does not correspond to actual facts or the questions are partially answered or are not answered at all and if the consequences are such that they would warrant the imposition of more stringent conditions under the insurance, then the following regulations shall apply;

- a) If a deliberate act by the policyholder is established, the insurer has the right to cancel the policy within one month of the date on which the action is discovered and to refuse to pay claims. In this case, no refund of premiums received is payable to the policyholder.
- b) If a deliberate act by the policyholder is not proven, the company has the option either to collect an additional premium proportionate to the risk involved in order to keep the policy in force or to cancel it.

The policy will become void if the policyholder notifies within 8 days that he is unwilling to pay the extra premium.

Notification of cancellation by the insurer sent by registered letter or delivered to a notary public will be valid by 12:00 pm on the 5th day following receipt of the notification by the policyholder. The unearned premium for the remaining period of the insurance shall be refunded.

- c) The right to renounce or cancel the policy or to ask for an additional premium will be forfeited if not exercised within the time limits prescribed.
- d) If it is established that no deliberate act by the policyholder has been committed and, if the risk occurs before
 - 1) The insurer is aware of the facts or
 - 2) The deadline for the notification of cancellation by the insurer or
 - 3) The end of the prescribed time after the notification the indemnity paid to the

policyholder shall be proportionally reduced by applying the ratio of the premiums already charged and the premiums that would have been charged had the true facts been known to the insurer.

ARTICLE 7 OBLIGATION OF NOTIFICATION DURING INSURANCE PERIOD

During the validity of the policy, the policyholder is obliged to notify the insurer of any change that has taken place in the information declared in the proposal form or the policy and its attachments within 8 days.

If the changes result in an increased risk, within 8 days the insurer may

- 1) Cancel the policy or
- 2) Agree to maintain the policy in force subject to the payment of an additional premium.

If the policyholder notifies within 8 days that he is unwilling to pay the additional premium, the policy will become void by 12:00 pm on the 5th day following receipt by the policyholder of the insurer's letter of notification of cancellation sent by registered mail or delivered to a notary public. The unearned premium calculated according to a pro-rata basis as of the above mentioned date shall be returned to the policyholder. The right of cancellation or of changing the premium shall be forfeited if not exercised within the time limits prescribed. If the insurer, despite being informed of the changes, fails to cancel the policy or continues to collect premiums as if agreeing to the original terms of the policy, he shall lose the rights to cancel the policy and to ask for extra premiums.

ARTICLE 8 PAYMENT OF THE INSURENCE COST AND THE BEGINING OF THE RESPONSIBILTY OF THE INSURER

Total insurance premium or if negotiated for installments, prepayment (the first installment) should be paid as soon as the contract is issued and at the moment of policy's delivery at the latest. Unless negotiated otherwise, if the premium or the prepayment is not done, responsibility of the insurer will not begin even if the policy is delivered and this detail will be noted on the front page of the policy. Obduracy will take place if the insurance holder does not pay the insurance premium, or if negotiated for installments, the prepayment, until end of the day insurance policy is delivered.

If premium is negotiated to be paid in installments, the exact payment due of the rest of the installments and the results that will occur when installments are not paid on due, are written on the insurance policy or the insurance holder is notified written, with the policy. Obduracy will take place if the insurance holder does not pay any one of the premium installments that are written on the policy or he is notified written, until the end of the due day. If obduracy takes place in payment of premium debt, authority of Law of Debt is applied and according to article 107, section 3 of Law of Debt, the policy is cancelled without any terms.

In condition that it is written in the front page, if the risk takes place, part of the premium installments, which do not exceed the amount of the compensation that the insurer is responsible to pay is paid down.

According to this article, for the cases where the insurance contact is terminated, premium against the number of days that insurer had responsibility will be calculated and the excess amount will be returned to the policy holder.

ARTICLE 9 OBLIGATIONS OF THE POLICYHOLDER IN THE EVENT OF CLAIM

- A) Notification of claim; The insured shall report any claim or potential claim to the insurer in writing within 8 days starting from the date of the occurrence of the incident or from the date on which he is able to report the claim.

The policyholder shall report to the insurer the location, the date and the cause of the accident or illness and shall also obtain a medical report from the doctor treating the insured, giving details of the effects of the accident or illness and their possible consequences.

- B) Starting the treatment and taking the necessary precautions; It is agreed that immediately after the accident or the appearance of the illness, a doctor shall be summoned to undertake the necessary treatment and to carry out whatever actions are necessary for the recovery of the insured.

The insurer has the right to have the insured examined and have his health condition checked at any time and the insured is obliged to allow such examinations.

It is also obligatory to comply with the recommendations of the doctor of the insurer pertaining to the treatment and the recovery of the insured.

If the obligations set forth in paragraphs A and B above

- a) Shall deliberately not be complied with, then the insurer has the right to be released from all his liabilities.
- b) Shall accidentally not be complied with and if the results of the accident or illness are aggravated because of this, then the insurer shall not be liable for the consequences of the aggravation.
- c) Providing the necessary documents;

The policyholder is responsible for submitting all documentation and receipts from the medical examinations, treatments, prescribed drugs and hospital services resulting from any occurrence covered by the terms and conditions of the policy, or copies considered to be acceptable by the insurer, together with a claim form fully completed by the attending doctor or the hospital.

ARTICLE 10 DETERMINATION OF EXPENSES

This insurance provides coverage for the daily indemnities and all expenses incurred by the policyholder arising out of the injuries or illnesses agreed to be covered in the policy.

The insurer shall not be liable for expenses arising out of the following situations:

- a) Claims due to unnecessary treatments or, depending on specific agreements or, those go beyond customary and reasonable level.
- b) Claims not in accordance with the special conditions of the policy.

In cases where the parties fail to agree on the claim amount due to be paid, the amount is established as per the conditions stated below, by experts called arbitrators, to be elected by the Physicians' Association, if such exists, or from among appropriate specialists.

- a) If the parties fail to agree on the selection of a single arbitrator-

expert in accordance with paragraph (b), each party assigns its own arbitrator-expert and informs the other party via notary public. The parties select a third impartial arbitrator-expert within seven days as from the appointment of their own arbitrator-experts and before the investigation starts and establish it with a protocol. The third arbitrator/expert is authorized to take decisions on issues that the party arbitrator-experts fail to reach an agreement provided that he remains within the limits and within this scope. The third arbitrator-expert may take his decision in a separate report as well as in the form of a single report with other arbitrator-experts. The arbitrator-expert reports are notified to the parties at the same time.

- b) If one of the parties does not appoint his own arbitrator within 15 days following the notification of the other party or if the arbitrators cannot agree within 7 days on the appointment of an umpire, then the arbitrator of the other party or the umpire shall, upon the request of one party, be appointed from among impartial and specialised persons, by the court authorised to handle commercial law suits at the locality where the treatment is received.
- c) Both parties reserve their rights to request the third arbitrator-expert be selected outside the place where the Insurer or the insured resides or where the treatment has taken place whether such arbitrator-expert is to be appointed by the party arbitrator-experts or the authorized court chairman and this request is required to be fulfilled.
- d) Should the arbitrator die, resign or be refused, the new arbitrator shall be elected in the same way and the assessment proceedings will be continued from the point where they were suspended. Should the policyholder die, the arbitrator shall continue to fulfill his duties. The right of objection against the non specialisation of the arbitrators shall be forfeited in the event that no objection is made within 7 days from the date these persons have been appointed.
- e) The arbitrators may demand whatever proofs they deem necessary in order to determine the amounts of claims as well as the records and documents, and may conduct investigations at the place of treatment.
- f) The award of the arbitrator, the arbitrators or the umpire as to the amounts of claims are final and binding upon both parties. No payment can be required from the insurer, nor any law suits brought against him without the decision of an arbitrator. Objections against the arbitrators can only be made in the event that it is clearly understood that the award is considerably different from the reality.

The cancellation of these awards can be requested within one week from the date of publication of the report, from the court authorised to handle commercial law suits at the locality where the treatment is received.

- g) If the parties fail to agree upon the amount of indemnity, the debt becomes due only by the award of the arbitrator and the prescribed period of time does not start until the award has been notified to the parties, provided that the period between the appointment of the arbitrators and the claim notification in Article 1292 of the Turkish Commercial Code has not exceeded two years.
- h) The parties shall pay the fees and expenses of their own arbitrator and share the fees and expenses of the umpire equally.
- i) The determination of the amounts of claims has no influence on the terms and conditions existing in this policy and in the regulations, nor on the interpretation of these terms and conditions as regards to the risks covered , the sum insured, the value of insurance, commencement of liability and the forfeiture and reduction of rights.

ARTICLE 11 RESULTS OF INDEMNITY AND RESPONSIBILITIES OF THE INSURER

The insurer shall take the place of the policyholder in actions against third parties with respect to the amount corresponding to his share.

ARTICLE 12 CO - INSURANCE

In cases where there is more than one policy in force, the losses shall be divided among the insurers on a proportionate basis with respect to the indemnity sub limits of the policies.

ARTICLE 13 CONFIDENTIALITY

The insurer is responsible for keeping all personal information regarding the insured confidential and shall be liable for any losses which may arise from disclosure of such information.

ARTICLE 14 COMMUNICATIONS AND NOTIFICATIONS

Communications and notices from the policyholder shall be made via a notary or by registered letter either to the Insurance Company's Head Office or the agent through whom the policy has been written.

Communications and notices from the Insurance Company shall be

made via similar ways as above to the address of the policyholder shown in the policy or, in the event that the address has been changed, to the last address notified either to the Company's Head Office or to the agent through whom the policy has been written .

ARTICLE 15 AUTHORIZED COURT

For suits that shall be brought against the insurance company due to disputes arising from this policy, the authorized court is the court charged with hearing the commercial case of the place where the center of the insurance company or the agency that mediates for the insurance agreement resides or where the damage occurs; for suits that shall be brought against by the insurance company, the authorized court charged with hearing commercial cases of the place where the defendant resides.

ARTICLE 16 LAPSE OF TIME

The prescribed period of time for claims to be brought against the company is two years from the date of the insurance agreement.

ARTICLE 17 SPECIAL CONDITIONS

Special conditions which do not contradict the above general conditions or attached clauses can be added to the policy.

YAPI KREDİ SİGORTA A.Ş.

GENEL MÜDÜRLÜK

Yapı Kredi Plaza A Blok Büyükdere
Cad. Levent,
34330 İstanbul
Tel : (0212) 336 06 06
Müşteri Hizmetleri
Tel: (0212) 336 09 09

AKDENİZ BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ

Recep Peker Cad. Antalya
2000 İş Merkezi No: 22/4,
07100 Antalya
Tel: (0 242) 311 41 21

EGE BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ

Halit Ziya Bulvarı
No:74/2
Alsancak, 35210 İzmir
Tel: (0 232) 498 64 64

GÜNEY BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ

Ziya Paşa Bulvarı
No: 74,
01130 Adana
Tel: (0 322) 457 95 95

İÇ ANADOLU BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ

Mithatpaşa Cad.
No:43/E
Kızılay, 06420 Ankara
Tel: (0 312) 458 60 60

MARMARA-1 BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ

Atatürk Cad.
No: 25/4,
16010 Bursa
Tel: (0 224) 220 54 41

BAKIRKÖY BÖLGE TEMSİLCİLİĞİ

G. Ali Rıza Gürcan Cad.
Metropol Center No:31
K:8 Büro No:33
Merter, 34150 İstanbul
Tel: (0 212) 481 01 03

KADIKÖY BÖLGE TEMSİLCİLİĞİ

Şemsettin Günaltay Cad.
No:213
Erenköy, 34738 İstanbul
Tel: (0 216) 363 36 96

www.yksigorta.com.tr

e-posta:yksigorta@yksigorta.com.tr