



Türk Harb-İş

Türkiye Harb Sanayii, Savunma ve Güvenlik Çalışanları Sendikası

"Turkish War Industry, Defense and Security Workers Union"

GENEL MERKEZİ

İnkılap Sokak No : 20 06650 Kızılay-ANKARA • Tel : (0.312) 417 50 97 (pbx) • Faks : (0.312) 417 13 64 • web : www.harb-is.org.tr



Sayı : 01.4-G-968

14 Mayıs 2024

Konu : Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hk.

TÜRK HARB-İŞ SENDİKASI Şube, Bölge ve İl Temsilciliklerine

- İlgi: a) Sendikamızın 15 Şubat 2023 tarih, 01.4-G-370 sayı ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" konulu yazısı.
b) Sendikamızın 24 Ocak 2024 tarih, 01.4-G-320 sayı ve "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" konulu yazısı.

Sendikamız üyeleri, eş ve çocukları ile Sendikamız çalışanları için SDK Sigorta Şirketi ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşması yapıldığı ilgi (a) genelgemiz ile bildirilmiştir.

Söz konusu anlaşma ile ilgili olarak ilgi (b) genelgemizde belirtilen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe tutarı; İstanbul, Ankara, İzmir ve Kocaeli illeri için 9.000,00 TL, diğer iller için ise 7.500,00 TL olarak güncellenmiştir. Ayrıca ayakta tedavi haricinde yatarak tedavi almak isteyen üyelerimiz için Türkiye geneli poliçe tutarı 3.500,00 TL'dir. Bahsi geçen tutarlar 01/09/2024 tarihine kadar geçerli olmakla birlikte sigorta şirketi bu tarihten sonra güncelleme yapabilecektir.

Konu ile ilgili detaylı bilgi almak isteyen üyelerimiz, aşağıda iletişim bilgileri yer alan **SDK Sigorta Şirketi** ile iletişime geçeceklerdir.

Gereğini bilgilerinize rica ederiz.


Korkut GÖKBAYRAK
Genel Mali Sekreter


Yaşar YAVUZ
Genel Sekreter

SDK Sigorta İletişim Bilgileri

Telefon : 0312 230 88 78-0312 430 12 34

e-mail : tss.harbis@gmail.com

EKLERİ:

- 1- Teminat Tablosu.
- 2- Sigortalı Duyuru Metni.
- 3- Başvuru Formu.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI	Anlaşmalı Sağlık Kurumu		Anlaşma Harici Sağlık Kurumu	
	Uygulama	Sigortalı Katılımı	Uygulama	Sigortalı Katılımı
Yatarak Tedavi Teminatı				
Ameliyat	Sınırsız	0	Ödenmez	0
Hastane Tedavi	Sınırsız	0	Ödenmez	0
Hastane Oda-Yemek -Refakatçi (Yıllık Maks.180 Gün)	Sınırsız	0	Ödenmez	0
Yoğun Bakım (Yıllık Maks.90 Gün)	Sınırsız	0	Ödenmez	0
Özellikli Tedavi (Radyoterapi, Kemoterapi , Diyaliz)	Sınırsız	0	Ödenmez	0
Koroner Anjiyografi	Sınırsız	0	Ödenmez	0
Küçük Müdahale	Sınırsız	0	Ödenmez	0
Evde Bakım ve Tedavi	60.000 TL	0	Ödenmez	0
Suni Uzuv ve Protez	60.000 TL	0	Ödenmez	0
Yatarak Malzeme Teminatı (Yıllık)	30.000 TL	0	Ödenmez	0
Yardım Tıbbi Malzeme (Yıllık)	20.000 TL			
Kara Ambulansı	Sınırsız	0	Ödenmez	0
	Anlaşmalı Sağlık Kurumu		Anlaşma Harici Sağlık Kurumu	
Ayakta Tedavi Teminatları	Uygulama	Sigortalı Katılımı	Uygulama	Sigortalı Katılımı
Doktor Muayene		0	Ödenmez	0
Tahlil	AT Teminatı Max. 8 Kez Kullanım ile Sınırlı	0	Ödenmez	0
Röntgen		0	Ödenmez	0
Modern Teşhis		0	Ödenmez	0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	30 Seans	0	Ödenmez	0
Diş Teminatı	Yılda 1 kez	0	Ödenmez	-

SENDİKA BÜYÜK İLLER	8 AT	İSTANBUL , ANKARA , İZMİR,KOCAELİ	9.000₺
SENDİKA DİĞER İLLER	8 AT	İSTANBUL , ANKARA , İZMİR,KOCAELİ HARIÇ	7500₺
SENDİKA YATARAK TEDAVİ	LİMİTSİZ	TÜM TÜRKİYE	3500₺

SİGORTALI DUYURU METNİ

Sendika grubu kapsamındaki Sağlık Sigortası poliçenizi nasıl kullanacağınıza ilişkin temel bilgileri içeren Kullanım Rehberinizi, sizleri bilgilendireceği düşüncesiyle dikkatle incelemenizi ve kolayca ulaşabileceğiniz bir yerde saklamanızı öneririz.

SDK Sigorta Aracılık Hizmetleri AŞ. olarak amacımız, sizlere sigortanızdan beklediğiniz yüksek kalitede sağlık hizmetini sunarak, çok sayıdaki anlaşmalı sağlık kuruluşlarından yararlanabilmenizi sağlayıp ihtiyaç duyduğunuz anda yanınızda olmaktır.

1. Teklifimiz, ilk kez ve yenileme ile sigortalanacak sendika üyeleri, çalışanları ve aile üyelerini (eş ve çocuk) kapsamaktadır. Teklifimiz T.C. sınırları içinde ve anlaşma yapılan sigorta şirketi ile mutabakata varılan tarih itibarıyla geçerlidir.
2. E-posta yolu ile yapılan başvurular dikkate alınacak olup, farklı bir iletişim kanalı ile yapılan başvurular dikkate alınmayacaktır.
3. Poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçeyi düzenleyecek olan sigorta şirketinin Özel Şartlarına da tabidir.
4. Sigorta poliçesine kabul yaşı 0- 60 'tır. Üye poliçeye dahil olmak şartı ile aile üyelerini poliçe başlangıç döneminde olmak üzere dahil edebilir. (Yeni evlilik ile eş ve doğum sonrası 1 ayı aşmamak kaydıyla bebekler, ara dönemde de poliçeye eklenebilir.)
5. Teklifimizin onaylanması halinde, poliçe işlemlerinin yapılabilmesi için onayla birlikte yasal yükümlülüklerimiz gereği alınması gereken belgeler ile Sigortalı Başvuru Formu' nun imzalı olarak eksiksiz tarafımıza iletilmesi gerekmektedir. Tüm ilk iş ve geçiş poliçe girişleri Başvuru Formu alınarak ve risk analizi yapılarak poliçe kapsamına alınacaktır. Sigortalının başvurusu ve sonrasındaki tüm işlemler, evrak talepleri ve poliçe gönderimi acente ve sigortalı arasında e-posta yoluyla yapılacaktır.
6. Sigorta başlangıç tarihi her sigortalı için " ilk sigorta başlangıç tarihi " olarak kabul edilecektir. İlk sigorta başlangıç tarihinden önceye dayanan hastalıklar ve/veya oluşmuş tüm riskler, şikâyet dahi olsa poliçe kapsamı dışında tutulacaktır.
7. Sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise blokeli ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi yapılacak olup sonrasında sigortalıya e-posta yoluyla iletilecektir. Prim ödemeleri kredi kartı ile tahsil edilecektir. Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise blokeli tahsilatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar.
8. Sigorta poliçe süresi 1 yıllıktır. Poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Poliçe Türkiye saati ile öğlen 12:00'de başlar, belirtilen bitiş tarihinden öğlen 12:00 da sona erer.
9. İlk defa sigortalanacaklar için yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, endoskopik işlemler ile ilgili giderler 3 aylık bekleme süresi mevcuttur. Ayakta Tedavi işlemleri için bekleme süresi yoktur.
10. Sendika üyesinin ailesi dışındaki kişilerin poliçe girişlerinin tespitinde poliçe iptal edilecek, şirketimizin yükümlülük altında kaldığı ve/veya ödeme onayı verdiği tüm talepler-tazminatlar üyeden, poliçede gerçek üye bulunmaması durumunda Sigorta Ettiren 'den / poliçe kapsamındaki sigortalıdan tahsil edilecek, kanuni işlemler yapılacaktır.
11. Tüm sigortalılar il şartı olmaksızın Türkiye'nin her yerindeki anlaşmalı kurumlardan yararlanacaktır. Anlaşmalı sağlık kurum bilgisi <https://www.magdeburger.com.tr/anlasmali-kurumlar> dan poliçe tipi Tamamlayıcı Sağlık A Network olarak mevcuttur.

SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

Acente Kodu:	Teklif No:
Acente Adı :	Prim :

Grup Adı:	Grup Poliçesine Giriş Tarihi:
Görevi:	

**Grup poliçesi başvurularında doldurulması gereken alandır.

Sigortalı Adayının Adı/Soyadı	T.C. Kimlik Numarası	Doğum Tarihi	Doğum Yeri	Cinsiyeti	Meslek	Medeni Hali	Boy / Kilo

İLETİŞİM BİLGİLERİ

İletişim Adresi		Ev Telefonu	
İl		İş Telefonu	
İlçe		Cep Telefonu	
Posta Kodu		E-posta	

Tarafınıza beyan etmiş olduğum iletişim bilgilerinin değişmesi durumunda tarafınıza 10 iş günü içinde bildirim yapacağımı, aksi durumda tüm yazışmaların ve bildirimlerin Mernis sisteminde kayıtlı bulunan iletişim adresine yapılmasını kabul ve beyan ederim.

Şu an SGK kapsamında sigortalı mısınız? E H

Herhangi bir şirkette devam eden, sona eren sağlık sigortası poliçeniz veya başvurunuz oldu mu? Cevabınız "Evet" ise sigorta şirketi ve poliçe başlangıç-bitiş tarihlerini belirtiniz.	
--	--

SAĞLIK BEYANI

Sigortalanması talep edilen bireylerde daha önce geçirilmiş bir ameliyat, hastalık/rahatsızlık veya takip ve tedavisi devam eden hastalık/rahatsızlık ya da doktora başvurulmamış bir sağlık şikayetiniz var mı?

Hayır, yok Evet ise, aşağıda yer alan hastalık gruplarından işaretliyorsunuz.

Hastalık grubunuz aşağıda yer almıyor ise "Diğer" kısmına ayrıntılı açıklamanızı belirtiniz.

Hastalıklığınıza ait raporları (Dr. raporları, ameliyat raporu, epikriz, patoloji raporları, tetkik vb. sonuçları) ekleyiniz.

HASTALIK	HASTALIK
Akciğer/Solunum Yolu Hastalıkları	Bağırsak Hastalıkları
Burun, Kafa Sinüs, Konka Hastalıkları	Deri ve/veya Lenf Bezi Hastalıkları
Eklem Hastalıkları (Diz, Kalça, Omuz gibi)	Göz Hastalıkları
İyi Huylu Kist, Kitle/Tümör	Kan Hastalıkları
Endokrin Sistem Hastalığı (Hormon Bozuklukları)	Kas, Kemik Hastalıkları (Kırık/Çıkıklar Dahil)
Meme Hastalıkları	Prostat ve Testis Hastalığı
Rahim ve Yumurtalık Hastalığı	Sinir Sistemi, Beyin/Beyin Damar Hastalıkları
Tansiyon Hastalığı	Varis
Anorektal Hastalıklar (Basur, Fistül gibi)	Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları
Büyüme ve Gelişme Geriliği	Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar
Fıtıklar (Kasık , Göbek gibi)	Her Tür Kanser, Kötü Huylu Kitle , Tümör
Karaciğer, Safra, Pankreas ve Dalak Hastalıkları	Şeker Hastalığı, İnsulin Direnci gibi
Omurga Hastalıkları (Boyun, Sirt ve Bel)	Psikiyatrik Hastalıklar
Romatizmal Hastalık	Yemek Borusu, Mide ve Duedonum Hastalıkları
Tiroid ve Parotiroid Bezi Hastalıkları	Diğer
Kadınlar için; Hamile misiniz ?	Erkekler için; Askerlik Yaptınız mı?

İşaretlediğiniz hastalığa ait detayları sigortalı adayları özelinde açıklayınız.

Adı /Soyadı	Hastalık Adı	Tanı -Tedavi Şekli	Tanı – Tedavi Tarihi	Güncel Durum

SEÇİLEN PLAN

- Yatarak Tedavi Paketi
 Yatarak + Ayakta Tedavi Paketi -Max. 8 adet Kullanım Limiti

ÖDEME BİLGİLERİ

Prim Ödeme Aracı	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı ile peşin	<input type="checkbox"/> 8 eşit taksit blokeli	<input type="checkbox"/> Havale
------------------	--	--	---------------------------------

Kredi Kart Sahibi		Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Master
Kart No		CVV		
Banka Adı		Son Kullanım Tarihi		

TAZMİNAT ÖDEME

Sağlık Harcamalarının yatırılmasını istediğiniz banka hesap bilgisi:

Hesap Sahibi:
IBAN No:

SAĞLIK BEYANI VE MUVAFAKATNAME

1.Sağlık Sigortası Başvuru Formu ile bilgileri verilmiş olan tüm sigortalı adaylarının sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe

3

gibi bilgilerinin tarafımla paylaşılmasına ve ayrıca herbir sigortalı adayının bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatleri olduğunu ve buna ilişkin olarak herbir sigortalının kendisinden alınmış muvafakatnameyi de cayma süresi içinde Sigortacı'ya ibraz edeceğimi, aksi halde her türlü sonuçtan şahsen olacağımı kabul ve beyan ederim.

2.Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabilirliği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.

Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, iş birliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabilirliğini ve bunlarla paylaşılabilirliğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmişse bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip

olduğum konularında bilgilendiğimi beyan derim. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklı olduğunu biliyor ve kabul ediyorum.

3. İşbu Beyan sonucu oluşabilecek Sigorta Sözleşmesi'ne ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.

4. İş bu Beyan Formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.

5. Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görünlenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim. Sigorta başvuru formunda belirtmiş olduğum e-posta adresimin, GSM numaram ve/veya Mernis kayıtlarındaki adresimin sigortacılık işlemlerim ile ilgili bilgilendirmeler ve poliçe/sertifika gönderimi için kullanılmasını talep ve rica ederim.

6. Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Beyan Formu'nda ve ekli belgelerde verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

BEYAN SAHİBİNİN (*)

Adı / Soyadı

Form (Beyan) Tarihi

İmzası

(*) 18 yaş ve üstü sigortalı adayı veya 18 yaş altı sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.