

YÖNETMELİK

Başbakanlık (Hazine Müsteşarlığı)'tan:

ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, özel sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik; bilgilendirme ve teklif, sözleşme türleri, ömür boyu yenileme garantisi, katılım sertifikası, plan değişikliği ve geçiş işlemleri, sözleşme iptali, sigorta süresinin sona ermesinden sonraki tedavilere ilişkin genel hükümler ile özel sağlık sigortası tarifesi, sağlık konularında uzman kişi çalıştırma zorunluluğu ve aktüerya raporu, hizmet satın alma, sağlık bilgileri ve bilgilerin gizliliği, özel sağlık sigortalarında çalışma esasları ile tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünlerine ilişkin diğer hükümleri kapsamaktadır. Seyahat sağlık sigortası, bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 3/6/2007 tarihli ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 11, 12, 31/B ve 32 nci maddeleri ile 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Birlik: Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliğini,
- b) Genel sağlık sigortalısı: Kanunun 60 ncı maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri,
- c) Kanun: 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununu,
- ç) Müsteşarlık: Hazine Müsteşarlığını,
- d) Plan: Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi,
- e) Prim: Şirketin verdiği teminatlar karşılığında sigorta ettirenin ödemesi gereken ücreti,
- f) Poliçe: Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evrakı,
- g) SAGMER: Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezini,

ğ) SBGM: Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezini,

h) SGK: Sosyal Güvenlik Kurumunu,

ı) Şirket: Hastalık ve sağlık sigortası branşında faaliyet ruhsatı bulunan Türkiye’de kurulmuş sigorta şirketi ile yurt dışında kurulmuş sigorta şirketinin Türkiye’deki teşkilâtını,

i) Teklifname: Sigortalı adayına ait bilgileri, istenen teminatları ve prim ödeme planını içeren, sigorta ettiren veya sigortalı tarafından imzalanan, teklif niteliğindeki belgeyi,

j) Teminat: Şirketin, özel sağlık sigortası sözleşmesinde belirtilen riskin gerçekleşmesi halinde sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvenceyi,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Genel Hükümler

Bilgilendirme ve teklif

MADDE 5 – (1) Şirket, özel sağlık sigortası isteyenlere sözleşme yapma kararını etkileyebilecek hususlar hakkında bilgi verir; dürüstlük ve iyi niyet ilkeleri çerçevesinde, sözleşmenin müzakeresi ve yapılması sırasında sigorta sisteminin işleyişine ilişkin teknik konularda yardımcı olur, tarafların hak ve yükümlülüklerine ilişkin gerekli her türlü bilgiyi sözlü ve yazılı olarak sağlar, yanıtıcı her türlü hâl ve davranıştan kaçınır.

(2) Şirket, sözleşmenin müzakeresi, kurulması ve devamı sırasında bilgilendirmeye ilişkin ilgili mevzuat kapsamında belirlenen kurallara uymak zorundadır.

(3) Şirket, sigortalının yazılı onayı alınarak, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, SBGM’den, SGK’dan ve Sağlık Bakanlığından ilgili mevzuat çerçevesinde bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir. Şirket, ihtiyaç görmesi halinde, sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bahse konu işleme ilişkin masraflar şirket tarafından karşılanır. Şirket, sağlık geçmişi ve bunun dışında kalan konulara ilişkin yazılı sorular sorabilir. Sigorta ettiren, sigortalı ve varsa temsilci, kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermekle yükümlüdür.

(4) Sigortalının şirkete sağlık geçmişi bilgilerine erişim yetkisi vermediği durumlarda, sözleşme sigorta ettirenin, sigortalının ve temsilci aracılığıyla sigorta yapılıyorsa temsilcinin beyanı ve varsa şirketin yazılı sorularına verilen cevaplara dayanılarak yapılır. Sigorta ettiren, sigortalı ve varsa temsilci, kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermek, kendisince bilinen ve şirketin sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmekle yükümlüdür. Şirket, ihtiyaç görmesi halinde, sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir. Bahse konu işleme ilişkin masraflar sigorta ettiren ve sigortalı tarafından karşılanır.

(5) Şirketçe sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınması talep edilirse bilgilendirme formunda buna ilişkin masrafların kimin tarafından karşılanacağı hakkında bilgilendirme yapılır.

(6) Teklifname ve bunu tamamlayıcı belgeler ile bilgilendirme formu, sözleşmenin ayrılmaz birer parçasıdır.

Sözleşme türleri

MADDE 6 – (1) Sağlık sigortaları; bireysel veya grup sigortaları, yenileme garantili ve/veya yenileme garantisiz sigortalar olarak düzenlenebilir.

(2) Ömür boyu yenileme garantisi, bu Yönetmelik hükümleri kapsamında verilir. Şirketçe, sözleşme yenilemelerine ilişkin bu Yönetmelikte bahsi geçen ömür boyu yenileme garantisinden farklı taahhütlerin verilmesi mümkündür. Bu durumda verilen yenileme taahhüdünün ömür boyu yenileme garantisinden farklılıkları konusunda bilgilendirme yapılır.

(3) Sigortanın yenileme garantisi içerip içermediği ve yenileme garantisi içeriyor ise kapsamı bilgilendirme formunda, özel şartlarda ve poliçede belirtilir.

Ömür boyu yenileme garantisi

MADDE 7 – (1) Ömür boyu yenileme garantisi, özel sağlık sigortası sözleşmesinin aynı plan ile ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür. Şirketin ömür boyu yenileme garantisi içeren bir ürün sunması halinde, akdedilen ilk sözleşme tarihinde geçerli olan özel şartlarda, ömür boyu yenileme garantisine ilişkin bilgiler ve değerlendirme şartları belirlenir. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan sigortalı aleyhine değiştirilemez. Şirket, özel şartlarında belirteceği değerlendirme şartlarına uygun olanlara ömür boyu yenileme garantisi verir.

(2) Şirket, ömür boyu yenileme garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin teminatlarını ve primini tespit edebilmek için geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri de dikkate alır. Sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına, özel şartlarında belirleyeceği kurallar dahilinde, hastalık ek primi, limit ve sigortalı katılım payı uygulayabilir veya bunları teminat kapsamı dışında bırakabilir.

(3) Şirket, sigortalının ömür boyu yenileme garantisi aldıktan sonraki dönemde;

a) Ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamını daraltamaz, teminat limitini düşüremez, sigortalı katılım payını arttıramaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapamaz.

b) Ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü hastalık ek primi uygulayamaz.

c) Ödenen tazminatların sözleşme primine oranına bağlı ek prim uygulayamaz.

(4) Ömür boyu yenileme garantisi kazanılmadan önceki sigortalılık döneminde değerlendirme şartlarına uygunluk durumu hakkında sigortalıya her yıl yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır. Bilgilendirmenin yapılmaması durumunda sigortalının ömür boyu yenileme garantisi değerlendirme şartlarını karşıladığı kabul edilir.

(5) Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene ve sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar.

Katılım sertifikası

MADDE 8 – (1) Grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalılara yazılı veya elektronik ortamda katılım sertifikası verilmesi şarttır. Katılım sertifikasının asgari olarak aşağıda yazılı hususları içermesi gerekmektedir.

a) Şirketin ticaret unvanı ve iletişim bilgileri,

b) Sigorta ettirenin adı, soyadı veya ticaret unvanı ve iletişim bilgileri,

c) Sigortalının adı, soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl),

ç) Poliçe numarası, SAGMER tarife adı ve tarife kodu,

d) Sigortanın süresi ve planı,

e) Riskin gerçekleşmesi durumunda nereye, hangi belgelerle ve hangi sürede başvurulacağı.

(2) Grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalıların sağlık bilgileri ve sigortalılık kayıtları, kişi bazında tutulur.

Plan değişikliği ve geçiş işlemleri

MADDE 9 – (1) Plan değişikliği talepleri, şirketin koşulları çerçevesinde ve kabulü halinde gerçekleşir. Plan değişikliğine ilişkin koşullar özel şartlarda belirtilir. Plan değişikliği talebinin şirket tarafından uygun bulunmaması durumunda mevcut sözleşmedeki şirket taahhütleri devam eder.

(2) Grup sözleşmesinden ömür boyu yenileme garantisi olarak ayrılan kişi veya kişiler, özel şartlarda belirtilen süre içinde başvurmak kaydıyla, sigortalılıklarını şirketin aynı planı içerir, yoksa en yakın planı haiz bireysel tarifelerinden biriyle devam ettirebilirler.

(3) Sigortalının kazandığı tüm hak ve yükümlülüklerinin hastalık ve sağlık sigortası branşında faaliyette bulunan başka bir şirkete geçişi ve sözleşmesinin bu şirkette devamı talep edilebilir.

a) Geçiş işlemi, yeni şirketin koşulları çerçevesinde ve kabulü halinde gerçekleşir. Geçiş işlemi koşulları bilgilendirme formunda ve özel şartlarda belirtilir.

b) Grup sözleşmelere ilişkin geçiş işlemlerinde sigortalılar hakkında ihtiyaç duyulan bilgilerin SBGM'dentemin edilmesi esastır. Ancak, istenilen bilgilerin SBGM tarafından sağlanamaması durumunda bunun sigorta ettirenden ve/veya sigorta ettirenin onayıyla önceki sigorta şirketlerinden temin edilmesi de mümkündür. Edinilen bilginin üçüncü şahıslara karşı gizli tutulması şirketin yükümlülüğündedir.

Sözleşme iptali

MADDE 10 – (1) Sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sonraki günlerde yapılan iptal talebi üzerine şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre aynı süre içerisinde iade edilir.

(2) Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Kanuni varislerin sözleşmenin devamını kabul etmediği durumda, şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre kanuni varislere iade edilir ve sigortalıya konu hakkında yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır.

(3) Sigortalının vefatı durumunda şirketin hak etmediği prim sigorta ettirene, vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislerine sözleşme özel şartlarına göre iade edilir. Sigortalının tedavi görürken vefat etmesi durumunda, tedavi süresi içerisinde oluşan giderler sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde sağlık hizmeti sunucusuna veya kanuni varislerine ödenir.

(4) Ömür boyu yenileme garantisi alan sözleşmeler için sigorta ettiren veya sigortalı, sözleşmeyi yenilememe hakkına sahiptir.

Sigorta süresinin sona ermesinden sonraki tedaviler

MADDE 11 – (1) Sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, asgari on gün olmak üzere özel şartlarda belirtilen süreyi ve teminat limitini aşmamak kaydıyla devam eder.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Diğer Hükümler

Özel sağlık sigortası tarifesi

MADDE 12 – (1) Tarife, teknik esaslar ve özel şartlardan oluşur. Tarife, sigortacılık mevzuatına aykırı olamaz. İlk defa uygulamaya konulacak tarifeler şirketlerce uygulanmaya konmadan on beş iş günü öncesinde Müsteşarlığın belirleyeceği usul ve esaslar çerçevesinde elektronik ortamda SBGM'ye gönderilir.

(2) Teknik esaslar ve özel şartlarda; sözleşmenin vade yapısı, sözleşme türü, sigortalanabilme yaşı, prim tespitine ilişkin kriterler, bireysel sözleşmeler için prim indirim ve artırım oranları ve açıklamaları, hangi süre zarfında sözleşmenin yenilenmesi gerektiği belirtilir. Ayrıca, şirket bu hususlara ilişkin olarak sigorta ettireni ve sigortalıyı bilgilendirir.

(3) Müsteşarlık, tarifelerde mevzuata ve sigortacılık esaslarına aykırı bulunan veya sigorta ettirenler ve sigortalıların hak ve menfaatlerinin korunması açısından uygulanmalarında sakınca görülen hususların değiştirilmesini talep edebilir.

(4) Teknik esaslar, özel şartlar, prim hesaplamasında kullanılan tablolar ve tarifeye eklenecek diğer bilgi ve belgeler ile talep edilebilecek rapor ve bildirimler, Müsteşarlıkça tespit edilen yetkiler kapsamında, aktüer, yardımcı aktüer veya stajyer aktüer tarafından imzalanarak şirketçe muhafaza edilir.

Sağlık meslek mensubu çalıştırma zorunluluğu ve aktüerya raporu

MADDE 13 – (1) Şirket, sigortalıya ilişkin bilgi ve belgeler hakkında şirketin değerlendirme esasları ve sözleşme hükümleri kapsamında görüş verebilecek, kadrosunda çalışan veya şirket ile anlaşmalı, hekim veya uzman hekim veya diğer sağlık meslek mensubu en az bir kişi görevlendirir.

(2) Aktüer, şirketin özel sağlık sigortası faaliyetleri ile ilgili olarak yılsonu itibarıyla hazırladığı aktüeryaraporunu Müsteşarlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde SBGM'ye gönderir. Birden fazla aktüerle çalışılması hâlinde, aktüerya raporunun hazırlanması için aktüerlerden biri şirket tarafından görevlendirilir.

Hizmet satınalma

MADDE 14 – (1) Şirket, belirli operasyonlarını yürütmek üzere konusunda uzmanlaşmış gerçek veya tüzel kişi hizmet sunucularından hizmet satın alabilir.

Sağlık bilgileri

MADDE 15 – (1) Yazılı onayı alınan kişinin sağlık bilgileri, Müsteşarlıkça belirlenen usul ve esaslardahilinde SBGM'ye gönderilir.

Bilgilerin gizliliği

MADDE 16 – (1) Kişinin sigortalılık kayıtları ve yazılı onayıyla alınan sağlık bilgileri bireysel bazda tutulur.

(2) Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri SBGM ve diğer yetkili merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça, hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

(3) Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur.

Özel sağlık sigortalarında çalışma esası

MADDE 17 – (1) Özel sağlık sigortası teminatı veren şirketlerin;

a) Sağlık hizmet sunucusu ile iletişimi sağlamak ve tazminat ödemelerini hızlı bir şekilde gerçekleştirmek üzere gerekli idari ve teknik alt yapıyı kurması zorunludur.

b) Bilgi işlem altyapısının SBGM tarafından istenilen bilgileri zamanında ve kesintisiz bir şekilde sağlaması zorunludur. SBGM, bilgi aktarımı ve bilgi işlem altyapısı ile Müsteşarlıkça belirlenecek diğer hususlarla ilgili incelemeleri yaparak tespit ve değerlendirmelerini Müsteşarlığa iletir.

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünleri

MADDE 18 – (1) Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünleri, bu Yönetmelik hükümleri kapsamında düzenlenir.

(2) Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile aşağıdaki giderler, sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde, şirketçe karşılanır:

a) Genel sağlık sigortalısının Kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlerine ilave masraflar,

b) Genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki giderleri.

(3) Şirket; bakıma muhtaç kalma durumunun ortaya çıkmasına bağlı bakım hizmetlerine ilişkin giderler, yurt dışındaki sağlık hizmetleri ve buna bağlı diğer giderler, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile ilintili diğer konular için ek teminat verebilir.

(4) İkinci fıkranın (a) bendindeki giderler için tenzili muafiyet uygulanmaz.

Yürürlükte bulunan sözleşmeler

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Yürürlükte bulunan sözleşmeler kapsamında ömür boyu yenileme garantisi adı altında verilen, ancak bu Yönetmelikte tanımlanan ömür boyu yenileme garantisinden farklı koşulları içeren şirket taahhütleri, mevcut tarifesi dahilindeki kurallar kapsamında verilmeye devam edilebilir.

Yürürlük

MADDE 19 – (1) Bu Yönetmeliğin 17 nci maddesi yayımı tarihinden 1 yıl sonra, diğer maddeleri yayımı tarihinden 6 ay sonra yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 20 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu Bakan yürütür.