

Sayı : 10-22-0010

Tarih : 01/03/2022

T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI / ANKARA

Konu: Sayın Bakanlığınız Çalışanlarına Yönelik Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

1992 yılında kuruluşumuzdan bu yana 25 yılı aşkın süredir, sağlık sigortacılığında uzmanlaşmış TEK Sigorta Şirketi olarak pazarı geliştirmek, sigorta hizmetlerinde kaliteyi ve hızı üst düzeye çıkarmak üzere çalışmalarımızı kararlılıkla sürdürmekteyiz.

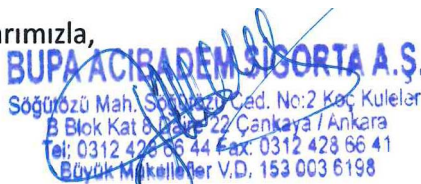
2019 yılı itibariyle, 5 kıtada, 32 milyon kişiye özel sağlık sigortası yanı sıra hastaneleri, diş klinikleri ve yaşlı bakım evleri aracılığıyla sağlık hizmetleri sunan Bupa ailesine katıldık. Bupa'nın global gücünü, yerel gücümüzle birleştirerek Bupa Acıbadem markası ile sigortlularımıza "daha uzun, daha sağlıklı ve daha mutlu yaşamalarına yardımcı olmak" amacıyla hizmet vermeye devam ediyoruz.

Kurumsal sağlık sigortalarında sektör lideri olarak 640 çalışanımız, Türkiye genelinde 300 satış kanalımız, 5.570'i aşkın anlaşmalı kurumumuz ile 750.000'den fazla sigortalıya hizmet vermekteyiz.

Bupa Acıbadem Sigorta olarak T.C. Bakanlıkları ve bağlı kuruluşları bünyesinde çalışan kamu personeli, eş ve çocuklarına özel olarak hazırlanan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı hayata geçirmiş bulunmaktayız. Tamamlayıcı sağlık sigortası, bireylerin düşük primlerle sağlık sigortası sahibi olmasını ve bu sigorta ile SGK anlaşmalı özel hastanelerde fark ücreti ödemededen tedavi olabilmelerini sağlamaktadır. Devlet destekli bir sağlık sigortası olan tamamlayıcı sağlık sigortası, ayakta ve yatarak tedavi imkanları ile sağlık hizmetlerinden daha işlevsel bir şekilde yararlanmaya imkan sağlar. Detaylı bilgiyi ekli dokümanlarda bilgilerinize arz ederiz.

Sayın Bakanlığınız bünyesinde yer alan Bilgi İşlem biriminiz tarafından ilgili ve bağlı kuruluşlar dahil tüm kamu personeline Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına ilişkin bilgilendirmenin yapılabilmesi amacıyla ilgili duyurunun iletilmesi ve duyurunun anlaşmalı kurumlar platformunda yayınlanması konusunu bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımızla,


BUPA ACIBADEM SİGORTA A.Ş.
Söğütözü Mah. Söğütözü Cad. No:2 Koç Kuleler
B Blok Kat:8/08/22 Çankaya / Ankara
Tel: 0312 428 66 44 Fax: 0312 428 66 41
Büyük Mükellefler V.D. 153 003 6198

Ek: 1- Ürün Özellikleri

Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Çalışanlarına Özel Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

SGK anlaşmalı özel hastanelerin sunduğu hizmetlerden; siz ve aileniz fark ödemededen faydalanın, sağlık güvencesiyle içiniz rahat etsin.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası nedir ?

Tamamlayıcı sağlık sigortası, bireylerin düşük primlerle sağlık sigortası sahibi olmasını ve bu sigorta ile SGK anlaşmalı özel hastanelerde fark ücreti ödemededen tedavi olabildiğini sağlar.

SGK'nız varsa, SGK ile anlaşmalı özel bir hastanede tedavi olduğunuzda, tedavi masraflarınızın bir kısmı SGK tarafından ödenir.

Tamamlayıcı sağlık sigortanız varsa, SGK'nın karşıladığı tedavi masraflarının dışında kalan özel hastane masrafları sigorta şirketi tarafından karşılanır.

Doğum tarihinden itibaren SGK'sı aktif olan herkes tamamlayıcı sağlık sigortası sahibi olabilir.

SGK'nın ödediği tutarın üzerindeki özel hastane fark ücreti tamamlayıcı sağlık sigortası ile karşılandığı için kişi tarafından ödenmez.

Devlet destekli bir sağlık sigortası olan tamamlayıcı sağlık sigortası, ayakta ve yatarak tedavi imkanları ile sağlık hizmetlerinden daha işlevsel bir şekilde yararlanmaya olanak sağlar.

Sigortayı kim yaptırabilir ?

18-64 yaş arasında kişiler teminat altına alınır

Aile poliçesinde 0 - 29 yaş arasındaki çocuklar poliçeye dahil edilir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürün özellikleri nelerdir ?

- Planda ayakta ve yatarak tedavi teminatları bulunur.
- Yıllık 8 doktor ziyareti hakkı sunuyoruz.
- Peşin veya 6 taksitte ödenebilir.



Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'yla senin ve sevdiklerinin sağlığı hep yerinde olsun!



- ▶ **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Süreci**
- ▶ Hızlı ve kolay adımlarla tamamlayıcı sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilirsiniz.
- ▶ **Hastane**
- ▶ SGK anlaşmalı özel hastanelerin kayıt/hasta kabul bölümlerinden sağlık hizmeti almanız için işlemler başlatılır.
- ▶ **T.C. Kimlik Numarası Kontrolü**
- ▶ Yetkiliye T.C. kimlik numarası iletilir, hangi sigorta şirketinden tamamlayıcı sağlık sigortası var ise belirtilir
- ▶ **15 TL Ödeme**
- ▶ Muayene sonrasında Tamamlayıcı Sağlık Sigortası muayene ücreti için sabit tutar olan 15 TL SGK'nın katılım payı ödenir
- ▶ **Tahliller**
- ▶ Muayene sonrasında doktor tarafından tahlil/tetkik istenirse, tahliller ücretsiz gerçekleştirilir, herhangi bir ücret ödemededen işlemlerinizi sonlandırılır



Sağlık merkezlerinde hizmet anında sorularınız, teminat limitleriniz için **0850 305 55 62** numaralı telefondan **7/24** destek alabilirsiniz.

Detaylı bilgi için **0850 305 55 62** numaralı müşteri temsilcilerimizi arayabilirsiniz.



Başka bir sigorta şirketinde bulunan poliçeniz ile ilgili geçiş talebiniz olduğunda **bilgi@kamusaglik.net** adresi ile iletişime geçebilirsiniz.



BUPA ACIBADEM SİGORTA GRUP TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

TEMİNATLAR	TEMİNAT TÜRÜ	PROVİZYON VERİLEN KURUMLAR		ELDEN ÖDEMELİ KURUMLAR (SGK ZORUNLUDUR)	
		SİGORTALI KATILIM PAYI	TEMİNAT LİMİTLERİ	SİGORTALI KATILIM PAYI	TEMİNAT LİMİTLERİ
YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI					
Ameliyat	Vaka Başına	0%	Limitsiz	0%	SUT*1
Hastanede Tedavi	Vaka Başına	0%	Limitsiz	0%	SUT*1
Suni Uzuv	Yıllık	0%	30.000 TL	0%	30.000 TL / Vaka Başı SUT*1
Kemoterapi-Radyoloji- Diyaliz	Vaka Başına	0%	Limitsiz	0%	SUT*1
Küçük Müdahaleler	Vaka Başına	0%	Limitsiz	0%	SUT*1
Acil Ulaşım	Yıllık	0%	Limitsiz	Kapsam Dışı	
Oda-Yemek-Refakatçi	Yıllık	0%	180 Gün	Kapsam Dışı	
AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI					
Doktor	Yıllık	0%	8 Adet	Kapsam Dışı	
Laboratuvar	Yıllık	0%			
Görüntüleme	Yıllık	0%			
Modern Teşhis	Yıllık	0%			
Fizik Tedavi	Yıllık	0%	30 seans		

* SUT: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

SGK Katılım Payı : 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Elden Ödemeli Kurumlar : SGK ile anlaşmalı olan ancak Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarını ifade eder

Teklifimiz Sigorta şirketi Genel ve Özel şartları dahilinde ve "T1 - SGK ile Anlaşmalı Kurumlar"ında geçerlidir.

Genel Sağlık Sigortası 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' kapsamına giren durumlar bu poliçe kapsamı dışındadır.

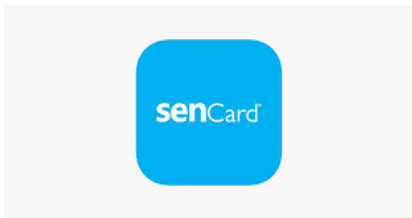
SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastaneler ve branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır

Doktor, Laboratuvar & Görüntüleme ve Modern Teşhis Yöntemlerine ilişkin giderler Ayakta Tedavi kapsamında değerlendirilir. Ayakta Tedavi kapsamında sadece Doktor Teminatı tek başına kullanılabilir. Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen rutin kontrol, teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır.

Elden Ödemeli Kurum Uygulaması : Elden Ödemeli kurumlardan gelen tazminat ödemelerinde; Yatarak Tedavi Teminatında SUT*1 , Ayakta Tedavi Teminatları kapsam dışıdır

TSS Kurum Uygulaması: Sigorta şirketi tarafından belirlenmiş kurumlara Sigortalılar, diğer anlaşmalı kurumlarda olduğu gibi sadece TC kimlik numarası ile başvurabileceklerdir. Bu kurumlarda yapılan tetkik ve tedavi işlemlerinde SGK kullanılması zorunludur. Oluşan fark tutarı, poliçe özel ve genel şartları kapsamında değerlendirilecek ve teminat limitlerini aşmamak kaydıyla sigorta şirketi tarafından %100 olarak ödenecektir. Sigortalı SGK Katılım Payı dışında sigorta şirketi kapsamında ayrıca Katılım Payı demeyecektir. Teminat kapsamında olup SGK ödeme kapsamında olmayan "www.sencard.com.tr adresinde "Geri Ödeme Alınmayacak Kurumlar" şeklinde belirtilen elden ödemeli kurumlarda gerçekleşen işlemler kapsam dışıdır."

SİGORTALI TİPİ	YILLIK PRİM
0 - 59 YAŞ	1250 TL
60 - 64 YAŞ	1.875 TL
ÖDEME ŞEKLİ	6 EŞİT TAKSİT



Anlaşmalı Kurumlarımıza <https://www.sencard.com.tr/medikal-hizmet-agi> link üzerinden ulaşabilirsiniz.

ÖRNEK PRİM HESAPLAMA

0-57 yaş aralığındaki 3 kişilik bir aile

KİŞİ	PRİM	(KURUM TARAFINDAN MAAŞA İADE EDİLEN) VERGİ AVANTAJI İNDİRİMİ (%15-35)	MALİYET	
FERT	1250 ₺	20%	250 ₺	1000 ₺
EŞ	1250 ₺	20%	250 ₺	1000 ₺
ÇOCUK	1250 ₺	20%	250 ₺	1000 ₺
ÖDENECEK PRİM	3.750 ₺		MALİYET	3.000 ₺



SIZE ÖZEL İNDİRİMLİ DİĞER SİGORTA ÜRÜNLERİMİZ

KASKO

Bunları biliyor musunuz?

Kaza sonrası karşı taraf hasarı için ödenecek tutarın Trafik sigortası limitler dahilinde sadece 43 bin TL'ye kadar ödendiğini ve kasko poliçeniz de belirtilen limit kadarın ödendiğini biliyor musunuz?

* Öreneğin ;

Karşı taraf hasarı :750 Bin TL

Trafik Sigortası Limiti :43 Bin TL

Kasko İmms Limiti : 250 Bin TL

750 Bin - 43 Bin - 250 Bin=457 Bin (Ödenemeyen hasar bedeli)

(Sorumlu olduğunuz borcunuz)

Mağduriyet Yaşamamak için **SINIRSIZ** teminat Satın Alın!



KONUT SİGORTASI

Bunları biliyor musunuz?

Kiraya verdiğiniz evinizin Su, Elektrik vs. tesisatından oluşacak hasarlarda kiracınızın ve komşularınızın uğradığı zarardan mal sorumludur.

Kiracı ise ev eşyalarından kaynaklı oluşacak hasarlarda Mal sahibine ve komşulara karşı sorumludur.

Mağduriyet Yaşamamak için **Konut sigortası** Satın Alın!



ZORUNLU DEPREM SİGORTASI

Bunları biliyor musunuz?

Afet Sigortaları Kanunu'na göre DASK sigortası yaptırmayanlar devletin sunduğu konut kredisi ve depremde binanın zarar görmesi durumunda yapılan yardımdan yararlanamaz.

Mağduriyet Yaşamamak için **Dask sigortası** Satın Alın!



İMMS İHTİYARİ MALİ MESULİYET SİGORTASI

İMM SİGORTASI

Bunları biliyor musunuz?

Kaza sonrası karşı taraf hasarı için ödenecek tutarın Trafik sigortası limitler dahilinde 43 bin TL'ye kadar ödendiğini ve Kasko poliçeniz yok ise İmm Sigortası ile Maddi ve Manevi Tazminatları cebinizden para çıkmadan karşılayabilirsiniz.

Mağduriyet Yaşamamak için **SINIRSIZ** İmm Sigortası Satın Alın!



0850 305 55 62 - 0850 305 37 75

Lütfen, aşuru Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz. Bu form, teklif niteliğinde değildir.

SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı / Ünvanı	Grup Adı	KAMU PERSONELİ 01/03/2022	
Doğum Yeri / Tarihi / Cinsiyet	GSM No	(0)	
T.C. Kimlik / Pasp. / Yabancı Kimlik No	Telefon	(0)	
Adresi	E-posta	Yazışma Tercih	
Ev		Ev	<input type="checkbox"/>
İş		İş	<input type="checkbox"/>

SİGORTALI ADAY BİLGİLERİ

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Ad,Soyad					
Doğum Tarihi	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
T.C. Kimlik No					
Prim (Kişi Başı)					
Meslek / Unvan					
GSM No (Zorunlu)					

TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN BANKA HESAP NUMARASI

Hesap Sahibi	IBAN NO
--------------	---------

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Sigorta Ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır. Taksit seçeneği için kart bilgilerinizin ilk **6** ve son **4** hane olarak girmenizi, havale yöntemi ile ödeme yapmak istiyorsanız "HAVALE" seçeneğini işaretlemenizi rica ederiz.)

Kredi Kartı Sahib	Ödeme Şekli	<input type="checkbox"/> Havale
Kredi Kartı N	CVV	---
Banka Adı	Son Kullanma Tarihi	__ / __ / __

Sayın Sigortalımız,

- Teminatlarınızın kesintisiz devamı için, bilgisini vermiş olduğunuz kredi kartınızın mail order'a (kart bilgisi ile çekim yapılmasını sağlayan sistem) açık olduğundan ve/veya kartın harcama limitinden bağımsız olan mail order limitinin yeterli olduğundan emin olunuz.
- Bilgisini verdiğiniz kredi kartınızın kullanım süresinin (son kullanma tarihi) ödemeleriniz devam ederken dolması halinde kartınızın değişen son kullanma tarihini veya ödemelerinizin kesintisiz devamını sağlayacak yeni kart bilgilerinizi bu formu kull anarak tarafımıza iletebilirsiniz.
- Şirketiniz tarafından, SMS, telefon, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek bilgilendirme ve pazarlama mesajlarının tarafına gönderilmesini kabul ederim.

DİĞER SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Başka sigorta şirket(ler)inde sona eren veya halen devam eden Sağlık Poliçeniz var mı? Evet Hayır

Sigorta Şirketi Adı : _____ Poliçe Bitiş Tarihi : __/__/____ Poliçe Numarası : _____

Sigorta Ettiren Adı, Soyadı	İmza	Sigortalı Adı, Soyadı, Tarih	İmza
Tarih	____/____/____	____/____/____	____/____/____

“Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği” ve “Kişisel Verilerin Korunması” Mevzuatı gereğince;

• 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, şirketiniz tarafından talep edilmesi halinde teklif, tazminat/provizyon talebimin değerlendirilmesi sürecinde e-nabız kayıtlarımı sigorta şirketine ileteceğimi 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, işbirliği 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 ederim. 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.

• Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilginim dahilinde verildiğini ve bilginim 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 görüntülenebilmesine 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.

Sigortalı TC Kimlik No	:	Eş TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası / Tarih	:	Sigortalı İmzası / Tarih	:
Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası / Tarih	:	Sigortalı İmzası / Tarih	:
Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası / Tarih	:	Sigortalı İmzası / Tarih	: