

EK-1

TAMAMLAYICI GRUP SAĞLIK SİGORTASI TEKNİK ŞARTNAMESİ

POLİÇE DÖNEMİ 11.11.2025 – 11.11.2026

1-AMAÇ VE DAYANAK

1.1 Bu Teknik Şartname; Eskişehir Organize Sanayi ve İştirakleri bünyesinde çalışan personel ile bağımlıları için 11.11.2026–11.11.2027 dönemine ait Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigortası hizmet alımına ilişkin asgari teknik şartları, teklif hazırlama esaslarını ve değerlendirme yöntemini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

1.2 Bu Teknik Şartname 'de düzenlenen şartlar asgari şartlardır. Teklif verenler sigortalı lehine daha geniş şartlar önerebilir; asgari şartları daraltan teklifler idari şartname uyarınca değerlendirilir.

2-TANIMLAR

2.1 Sigorta Ettiren: Eskişehir Organize Sanayi Bölge Müdürlüğü

2.2 İştirakler: Poliçe ettiren çatısı altında poliçede ayrı alt grup olarak tanımlanır

2.2 Sigortacı: Teklifi kabul edilerek sözleşme imzalanan sigorta şirketi.

2.3 Teklif Veren: Bu Teknik Şartname kapsamında doğrudan veya yetkili aracı vasıtasıyla teklif sunan sigorta şirketi.

2.4 Aracı: 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu kapsamında faaliyet gösteren sigorta brokeri veya sigorta acentesi.

2.5 Personel: Birliklerde iş sözleşmesiyle çalışan ve Madde 4 kapsamında sigortalanan kişi.

2.6 Bağımlı: Personelin Madde 4.2 kapsamındaki eşi ve çocukları.

2.7 Mevcut Poliçe: Sigorta Ettiren adına düzenlenmiş 11.11.2025–11.11.2026 dönemli Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigortası poliçesi, protokolü ve ekleri.

2.8 Anlaşmalı Kurum (AK): Sigortacının teklif ettiği network kapsamında doğrudan ödeme (provizyon) yaptığı, SGK ile anlaşmalı özel sağlık kurumu.

2.9 Anlaşma Harici Kurum (AHK): SGK ile anlaşmalı olup Sigortacı ile anlaşması bulunmayan sağlık kurumu.

2.10 SUT: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği.

2.11 Network: Teklif edilen anlaşmalı kurum ağı ile bu ağa ilişkin tüm kurum, branş ve hekim kısıtlamaları.

2.12 Kazanılmış Haklar: Sigortalıların Mevcut Poliçe ve önceki kesintisiz sigortalılık dönemlerinden doğan ilk sigortalılık tarihi, istisnasız kabul, ömür boyu yenileme garantisi (ÖBYG) ve bekleme süresi tamamlama hakları.

2.13 Hasar/Prim Oranı (H/P): (Ödenen hasar + muallak hasar) / kazanılmış prim.

3-KAPSAM VE SÜRE

3.1 Sigorta süresi 11.11.2026 günü saat 12:00'de başlar ve 11.11.2027 günü saat 12:00'de sona erer (Türkiye saati).

3.2 Poliçe, EOSB ve iştirakler için ayrı olarak düzenlenir

3.3 Sigortalı sayısı personel ve bağımlı olmak üzere toplam 445 kişidir.

3.4 Sigortalı sayıları bilgi amaçlıdır. Prim, poliçe başlangıç tarihindeki gerçek sigortalı sayısı ve teklif edilen birim primler üzerinden hesaplanır. Sigortalı sayısındaki değişim, birim primlerin değiştirilmesi gerekçesi olamaz.

3.5 Teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

3.6 Poliçe, 5510 sayılı Kanun kapsamında genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi statüsündeki sigortalılar için geçerlidir.

4 - SİGORTALI TANIMI VE KABUL ESASLARI

4.1 Sigortalanacak personel: 445

4.2 Bağımlılar; personelin eşi ile 24 yaşını doldurmamış bekâr çocuklarıdır. Sigorta Ettiren 'in talebi halinde bu yaştan üzerindeki bekâr çocuklar da çocuk statüsünde kabul edilir.

4.3 Personel sigortalanmadan bağımlıları sigortalanamaz.

4.4 Mevcut Poliçe 'de yer alan sigortalılar yaşlarına bakılmaksızın (64 yaş üzeri dahil) kapsama alınır ve poliçe süresince yaş gerekçesiyle kapsam dışına çıkarılamaz.

4.5 Evlilik, doğum ve evlat edinme hallerinde bağımlılar, olay tarihinden itibaren 30 gün içinde bildirilmeleri halinde olay tarihi itibarıyla kapsama alınır.

4.6 Sigorta ettiren, SGK müstahaklığı sona eren sigortalıları gecikmeksizin ve kişisel sağlık verisi içermeyecek şekilde Sigorta Ettiren'e yazılı olarak bildirir, poliçeden çıkışı yapılır.

4.7 Sigorta Ettiren sigortalı iletişim bilgilerini toplu olarak iletir. Sigortacı, iletişim bilgisi eksik veya doğrulanamayan sigortalıları poliçe başlangıcından en az 7 gün önce Sigorta Ettiren'e listeler. Eksiklik giderilinceye kadar, mevzuatın izin verdiği ölçüde alternatif doğrulama yöntemi sunularak sigortalının anlaşmalı kurumdan hizmet alması engellenmez.

4.8 Personelin vefatı halinde bağımlılarının teminatının poliçe dönemi sonuna kadar ek prim alınmaksızın devam etmesi.

5 - KAZANILMIŞ HAKLAR VE GEÇİŞ ŞARTLARI

5.1 Mevcut Poliçe 'deki tüm sigortalılar, sağlık durumlarına bakılmaksızın; hastalık istisnası, hastalık ek primi, kapsam daraltma veya red uygulanmaksızın kabul edilir.

5.2 Sigortalıların Mevcut Poliçe kayıtlarında yer alan ilk sigortalılık tarihleri aynen tanınır.

5.3 Mevcut Poliçe'de ÖBYG hakkı kazanmış sigortalıların bu statüsü tanınır; hak kazanma süreci devam eden sigortalıların geçmiş kesintisiz sigortalılık süreleri yeni poliçede hesaba katılır. Bu hakların kapsamı, yürürlükteki mevzuatın sigortalı lehine öngördüğü düzeyin altında olamaz.

5.4 Mevcut sigortalılar ile poliçe süresince Madde 4.5 ve 4.6 kapsamında kabul edilen sigortalılara salgın hastalık ve doğum dahil hiçbir teminat için bekleme süresi uygulanmaz.

5.5 Teklif Veren; Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, SGK, Sağlık Bakanlığı veya başka kaynaklardan edinilen bireysel sağlık geçmişi bilgilerine dayanarak sigortalı bazında istisna, ek prim, kapsam daraltma veya red uygulayamaz.

5.6 Poliçe başlangıç tarihinde devam etmekte olan yatarak tedaviler, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, ön onayı alınmış planlı operasyonlar Sigortacı tarafından kesintisiz olarak devralınır. Yeniden ön onay gerekmesi halinde bu süreç tedaviyi geciktirmeyecek şekilde yürütülür.

5.7 Teklif Veren, teklifinin 1 Ocak 2026 itibarıyla yürürlükte olan değişiklikleriyle Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ve SEDDK'nın 2025/28 sayılı Genelgesi başta olmak üzere yürürlükteki mevzuata uygun olduğunu yazılı olarak beyan eder. Mevzuatın sigortalı lehine öngördüğü haklar sözleşme hükümleriyle daraltılamaz.

6 - ASGARİ TEMİNATLAR

6.1 Asgari teminat, limit, kullanım sayısı ve ödeme oranları Ek-2'de yer alır. Ek-2, ayakta tedavi kullanım sayısı bakımından senaryo içerir. Ayakta tedavi kullanım sayısı dışındaki kalemlerde hiçbir teklif Ek-2'dekinden daha dar olamaz.

6.2 Teklif Veren Ek-2'yi kalem kalem doldurur ve her teminat için anlaşmalı kurum ile anlaşma harici kurum bakımından limit, kullanım/seans sayısı ve ödeme oranını ayrı ayrı gösterir. "Mevcut şartlar korunmuştur" gibi genel ifadeler bu yükümlülüğün yerine geçmez.

6.3 Bu Teknik Şartname 'de "sınırsız" poliçe yılı içinde tutar sınırı bulunmadığını; "kullanım/seans" ilgili teminattan yararlanılan gün sayısını; "hizmet paketi" ise nakit limit içermeyen ve belirtilen hizmetlerin

sigortalıya ücretsiz sunulduğu teminatı ifade eder. Hizmet paketlerinin sunulduğu kurumlar il bazında teklif ekinde gösterilir.

6.4 Teklif Veren, teklif ettiği ürünün özel şartlarını ve teminat dışı hallerin tam metnini teklifine ekler. Teklif Veren, Mevcut Poliçe'ye göre yeni veya genişleyen teminat dışı halleri teklifinde ayrıca listeler. Listelenmeyen teminat dışı haller poliçede uygulanmaz.

6.4 Ek-2'de Türk lirası olarak belirtilen limitler asgari tutarlardır; Teklif Veren daha yüksek limit önerebilir.

7- ANLAŞMALI KURUM AĞI (NETWORK)

7.1 Teklif Veren; anlaşmalı kurum listesini kurum adı, il, ilçe, TSS kapsamındaki branşlar ve yatarak/ayakta geçerlilik bilgileriyle Excel formatında teklifine ekler.

7.2 Teklif Veren, Sigorta Ettiren tarafından Ek-1'de belirtilen ve Mevcut Poliçe döneminde en çok kullanılan kurumların teklif edilen network'te yer alıp almadığını kurum ve teminat bazında beyan eder.

7.3 Anlaşmalı kurumlarda Sigortacı ile anlaşması bulunmayan hekimlere ilişkin hariç tutma uygulamaları ile Sigortası'nın "teminat dışı kurumlar" listesi, kurum ve branş bazında teklif ekinde sunulur. Teklifte bildirilmeyen hariç tutma uygulanmaz.

7.4 Poliçe süresince network Sigortacı tarafından tek taraflı olarak daraltılamaz. Bir kurumun anlaşmadan ayrılması halinde Sigortacı:

- Durumu öğrendiği tarihten itibaren gecikmeksizin ve mümkün olan hallerde ayrılıştan en az 30 gün önce Sigorta Ettiren'e yazılı bildirimde bulunur,
- Aynı ilde muadil nitelikte anlaşmalı kurum sağlar,
- Ayrılış tarihinde devam eden tedaviler için sigortalı mağduriyetini önleyecek çözümü yazılı olarak sunar.

7.5 Madde 7.3 kapsamındaki listelere poliçe süresince yapılacak eklemeler, Sigorta Ettiren'e 30 gün önceden yazılı bildirim yapılmadıkça sigortalılara karşı ileri sürülemez.

8 - AFET VE OLAĞANÜSTÜ DURUM TEMİNATI

8.1 Deprem, sel ve yer kayması vb. sonucu oluşan hastalık ve yaralanmalara ilişkin sağlık giderleri, Ek-2'deki teminat, limit ve ödeme oranları dahilinde kapsamdadır

8.2 Sağlık Sigortası Genel Şartları uyarınca aksine sözleşme ile teminata dahil edilebilen terör eylemleri ve bunları önlemek amacıyla yapılan müdahaleler sonucu oluşan sağlık giderleri kapsamdadır.

8.3 Bu teminatlar için ayrıca prim talep edilmesi halinde kişi başı ek prim teklifte ayrı satır olarak gösterilir. Fiyat karşılaştırması bu teminatlar dahil yapılır.

9 - HİZMET SEVİYELERİ VE OPERASYON

9.1 Anlaşmalı kurumlarda provizyon hizmeti 7 gün 24 saat kesintisiz sunulur. Acil durumlarda provizyon süreci tedaviyi geciktiremez; provizyonun reddi veya bekletilmesi halinde gerekçe sigortalıya ve kuruma derhal bildirilir.

9.2 Sonradan ödeme talepleri, belgelerin eksiksiz tesliminden itibaren en geç 10 iş günü içinde sonuçlandırılır.

9.3 Eksik belge talepleri, tüm eksikler tek seferde listelenerek yapılır.

9.4 Ret ve kısmi ödeme kararları, ilgili özel şart maddesi belirtilerek yazılı ve gerekçeli olarak bildirilir.

9.5 Sigortalı veya Sigorta Ettiren tarafından yapılan itirazlar en geç 10 iş günü içinde yazılı olarak sonuçlandırılır.

9.6 Sigortacı, Sigorta Ettiren için ad, telefon ve e-posta bilgileri bildirilmiş bir müşteri temsilcisi ile yedek temsilci atar. Temsilci değişikliği yazılı olarak bildirilir.

9.7 Sigortalılar; teminat ve kalan hak sorgulama, network sorgulama, belge yükleme ve talep takibi işlemlerini mobil uygulama veya internet üzerinden yapabilir. Belgelerin elektronik ortamda yüklenmesi başvuru için yeterli kabul edilir; asıl belge gerekmesi halinde gönderim yöntemi yazılı olarak bildirilir.

10 - ARA DÖNEM GİRİŞ VE ÇIKIŞLAR

10.1 Ara dönem giriş ve çıkışlara ait primler gün esasına göre hesaplanır.

10.2 Sigorta Ettiren, işten ayrılan personel ile bağımlılarının çıkışını ayrılış tarihinden itibaren 30 gün içinde bildirir.

10.3 Madde 11.2'deki süre içinde yapılan bildirimlerde Sigortacı, ayrılış tarihinden sonra ödediği sağlık giderleri için Sigorta Ettiren'e rücu edemez.

10.4 İsteğe bağlı çıkışlar yalnızca poliçe yenileme döneminde yapılır

10.5 Sigortacı, poliçeden ayrılan sigortalılara mevzuat çerçevesinde bireysel sağlık sigortasına geçiş imkânı sunar ve geçiş koşullarını teklifinde yazılı olarak açıklar.

10.6 Prim iadeleri, zeyilname tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde yapılır.

11 - PRİM, FATURALAMA VE ÖDEME

11.1 Teklif Veren, Ek-2'deki senaryo için statü bazında ayrı kişi başı yıllık net prim verir. Primlere tüm vergi, harç, fon, aracı komisyonu ve masraflar dahildir. Yıllık prim, birim primlerin poliçe başlangıç tarihindeki sigortalı sayılarıyla çarpılmasıyla hesaplanır

11.2 Birim primler poliçe süresince sabittir ve hiçbir gerekçeyle artırılmaz.

11.3 Prim tahakkuku ve faturalama iştirakler bazında yapılır.

11.4 Ödeme planı: Taksitli ödeme

11.5 Bir iştirakin ödemesindeki gecikme, diğer iştiraklerin ve sigortalılarının teminatını etkilemez.

Sigortacı, fesih veya teminat durdurma hakkını kullanmadan önce Eskişehir Organize Sanayi Bölge Müdürlüğü'ne yazılı ihtarda bulunur ve en az 30 gün süre verir.

12- ARACILIK HİZMETLERİ

12.1 Teklifler doğrudan sigorta şirketi tarafından veya sigorta şirketinin yetkilendirdiği aracı vasıtasıyla verilebilir.

12.2 Bir aracının Sigorta Ettiren adına sigorta şirketleri nezdinde işlem yapabilmesi, Sigorta Ettiren tarafından verilmiş yazılı yetki belgesine bağlıdır. Yetki belgesi olmaksızın yapılan başvurular, risk kaydı veya rezervasyonlar Sigorta Ettiren'i bağlamaz ve diğer teklif kanallarını kısıtlayamaz.

12.3 Broker sıfatıyla hareket eden aracı, sigorta şirketlerinden aldığı tüm teklif, soru ve ret yazılarını eksiksiz ve gecikmeksizin Sigorta Ettiren'e iletir.

12.5 Poliçe süresince aracı değişikliği Sigorta Ettiren'in yazılı talebiyle yapılabilir; aracı değişikliği teminat ve prim şartlarını etkilemez.

13 - KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI VE GİZLİLİK

13.1 Teklif aşamasında teklif verenlerle yalnızca anonim demografik veriler (Ek-1) ve toplu hasar istatistikleri paylaşılır; kimlik bilgisi ve bireysel sağlık verisi paylaşılmaz.

13.2 Sözleşmenin imzalanmasının ardından sigortalı listesi, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nun ilgili hükümleri çerçevesinde aktarılır; taraflar arasında veri işleme ve aktarım protokolü imzalanır.

13.3 Sigortacı, Sigorta Ettiren'e bireysel sigortalıya ait tanı, tedavi veya tazminat detayı aktarmaz; Sigorta Ettiren bu verileri talep etmez. Sigortalının kendi talebiyle yaptığı başvurular saklıdır.

13.4 Seçilmeyen teklif verenler, sonucun bildiriminden itibaren 15 gün içinde aldıkları tüm verileri imha ettiklerini yazılı olarak beyan eder.

13.5 Sigortacı, Sigorta Ettiren'den aldığı verilere ilişkin bir veri ihlalini öğrendiği andan itibaren en geç 72 saat içinde Sigorta Ettiren'e bildirir

EK-1: H/P Tablosu (Yetkilendirme Yazısının iletilmesinin ardından paylaşılacaktır.)

EK-2: Teminat Tablosu (Ayakta Tedavi: Yılda 8 Kullanım

EK-2

YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI	ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU		ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU	
	UYGULAMA	SİGORTA KATILIMI	UYGULAMA	SİGORTA KATILIMI
AMELİYAT	Sınırsız	0	SUT*3	
HASTANE TEDAVİ	Sınırsız	0		
HASTANE ODA - YEMEK - REFAKATÇİ	Sınırsız	0		
YOĞUN BAKIM	Sınırsız	0		
ÖZELLİKLİ TEDAVİ (RADYOTERAPİ, KEMOTERAPİ, DİYALİZ)	Sınırsız	0		
KORONER ANJİOGRAFİ	Sınırsız			
KÜÇÜK MÜDAHALE	Sınırsız	0		
EVDE BALIM VE TEDAVİ	300.000TL	0	Ödenmez	0
SUNİ UZUV	300.000TL	0	Ödenmez	0
TIBBİ MALZEME	30.000TL	0	Ödenmez	0
YATARAK MALZEME TEMİNATI (YILLIK)	40.000TL	0	Ödenmez	0
YARDIMCI TIBBİ MALZEME (YILLIK)	40.000TL	0	Ödenmez	0
KARA AMBULANSI	Sınırsız	0	5.000TL	0

AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI	ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU		ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU	
	UYGULAMA	SİGORTA KATILIMI	UYGULAMA	SİGORTA KATILIMI
DOKTOR MUAYENE	Max. 8 Kez Kullanım ile Sınırlı	0	SUT*5	
TAHLİL		0		
RONTGEN		0		
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON	30 Seans	0	Ödenmez	0
DİŞ BAKIM PAKETİ	Yılda 1 Kez	0	Ödenmez	0
SAĞLIK TARAMA (CHECK UP) HİZMETİ	Yılda 1 Kez	0	Ödenmez	0
PSİKOLOJİK DESTEK GÖRÜŞMESİ	Yılda 1 Kez	0	Ödenmez	0
DİYETİSYEN	Yılda 1 Kez	0	Ödenmez	0