

ACİL TEDAVİ PLUS SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

Bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen kişilere, yapılacak sözleşmeye ilişkin hususlarda genel bilgi vermek amacıyla, 28.10.2007 tarih ve 26684 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik'e istinaden hazırlanmıştır.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Unvanı :T. Garanti Bankası AŞ
Adresi :Nispetiye Mah. Aytar Cad. No:2 Beşiktaş 34340 Levent / İstanbul
Tel & Faks No :0212 318 18 18 & 0212 318 18 88
Mersis No :0879 0017 5660 0379

2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Unvanı :Eureko Sigorta A.Ş.
Adresi :Altunizade Mah. Ord. Prof. Fahrettin Kerim Gökay Cad. No:20 34662 Üsküdar / İstanbul
Tel & Faks No :0216 400 10 00 & 0216 474 22 90
E-posta :esmusterihizmetleri@eurekosigorta.com.tr
Mersis No :0008 0067 5250 0014

B. UYARILAR

1. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından verilecek **Sağlık Sigortası Genel Ve Özel Şartlarını** dikkatlice okuyunuz.
2. **Sigorta priminin tamamının** veya taksitle yapılan ödemelerde **primin ilk taksitinin, poliçenin teslim edildiği an** ödenmesi gerekir. Primin ödenmemesi durumunda, aksi kararlaştırılmadıkça, **sigortacının sorumluluğu başlamaz.**
3. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, **prim ödemelerinizde** (peşin veya taksitle) **ödeme belgesi** almayı unutmayınız.
4. Prim ödemesinde, poliçe üzerinde ödeme planında kesin ödeme zamanı ve miktarı yazılı primin veya prim taksitinin belirtilen ödeme günü bitimine kadar tahsil edilemediği durumda, Sigortacı poliçeyi tahsilat yapılamayan tarih itibariyle TTK 1434. Maddesi ve genel şartlarda belirtildiği şekilde feshetme hakkına sahip olur.
5. **Cayma Süresi: Poliçe başlangıcından itibaren 30 günü geçmemiş poliçeler; hasarı olmaması kaydı ile başlangıç tarihinden itibaren iptal edilebilir.** Sigortalı, prim iadeli iptal talebini süresi içinde Eureko Sigorta İletişim Merkezi'ni (ALO EUREKO 0850 222 66 60) arayarak veya **A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER** başlığı altında adres ve telefonları yer alan teminatı veren sigortacıya başvuruda bulunarak iletebilir. Poliçe başlangıcından itibaren 30 günlük süre zarfında iptal edilmeyen poliçeler iptal talebinin geldiği gün itibari ile 6. Maddede belirtildiği şekilde gün esaslı prim tahsil edilerek iptal edilebilir.
6. Sözleşmenin feshedilmesi hâlinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir.
7. Sözleşmenin kurulması sırasında, sigorta süresince ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermektan kaçınınız. Aksi taktirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabilir.
8. Sözleşmenin yapılmasından sonra, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana gelen değişikliklerin sigortalı tarafından 10 gün içinde Sağlık Sigortası Genel Şartları gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.
9. Sağlık Sigorta Sözleşmesi 1 yıldır. Sigorta, poliçe başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile saat 12.00'de baslar ve saat 12.00'de sona erer.

C. GENEL BİLGİLER

1. Bu poliçe, Sigortalı/Sigortalıların poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve / veya kaza sonucu teşhis, tedavi için yapılacak masraflarını poliçe ve ekli sertifikalarda belirtilen koşul, teminat, limit, iştirak oranları, istisna ve uygulamalar dahilinde TTK, Özel Sağlık Sigorta Yönetmeliği, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.
2. Tarafların, Sigorta Genel Şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak üzere Özel Şart kararlaştırabilme hakkı vardır.
3. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilmesi ile risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde yetkili mercilerden, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve diğer her türlü özel ve kamu kurumu ve kuruluşundan (savcılık, askerlik şubeleri, muhtarlıklar, İş Kur ve nüfus daireleri vs.) ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi / belge ve kayıtların SBGM, reasürans şirketleri, sigorta şirketleri ve sigorta şirketlerinin bu amaçla yetkilendirdiği kurumlar, sigorta sözleşmesine aracılık eden aracılar ve asistans firmaları ile paylaşılmasına, bunlardan örnek alınması ve saklanmasına, çevre araştırması yapılmasına rıza göstermiş sayılır. Kurum ve kuruluşlardan talep edilen bilgi / belge ile araştırılan/ihtiyacın uyumlu ve direkt bağının bulunması gerekmektedir.
4. 23.10.2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortalıları yönetmeliğinde tarif edilen Ömür Boyu Yenileme Garantisi veya herhangi bir Yenileme Güvencesi bu üründe verilmemektedir.
5. Başka sigorta şirketinden geçiş olması durumunda önceki sigorta şirketindeki kazanılmış haklar devam ettirilmemektedir.
6. Eureka Sigorta bireysel ve / veya grup muadili bir sağlık poliçesinden bu poliçeye geçiş yapıyor olması halinde de kazanılmış haklar devredilmez.
7. Sağlık sigortası yaptırırken başvuru formundaki ve görüşme anındaki sorulara doğru cevap vermek, gerek sigorta ettiren gerekse sigortalının kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmesi önemli bir yükümlülüktür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı sözleşmeden cayabilir, istisna koyabilir ya da ek prim almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle sigorta şirketine sözleşmenin her aşamasında Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. Maddesi gereği eksik veya yanlış bilgi verilmemelidir.
8. Sağlık poliçesinin vade bitiş tarihi itibarıyla 1 ay içinde yenilenmemesi durumunda, poliçe şartları çerçevesinde kazanılmış olan tüm haklar kaybedilir.
9. Tarife primine ilişkin düzenlemeler: Satışta olan ürünlerin her bir yaş için sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak hesaplanmış bedeldir. Tarife primi belirlenirken, medikal enflasyon HUV (Türk Tabipler Birliđi Hekimlik Uygulama Veri Tabanı) Tarifesi 'ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, teşhis ve tedavi için kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, SUT (Sağlık Uygulama Tebliđi) fiyatları ve kapsamındaki değişiklikler, teknolojiye yeni gelişmelere bağlı olarak pahalı tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), DIE (Devlet İstatistik Enstitüsü) medikal enflasyon oranları, ürün kâr-zarar durumu, reasürans maliyetleri, genel giderler, komisyon payı, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır.
Tarife primi, gerekli görüldüğünde sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda her yıl yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Şirket sigortalı bazında her yıl bir önceki yıl toplam primi üzerinden maksimum %300'e kadar prim arttırılabilir.
10. Sigortalının primine ilişkin düzenlemeler: Sigortalıların primleri, tarife primi üzerine yapılan indirim ve sürprimler ile belirlenir. Sigortalının kullanacağı kurumların niteliklerine göre network indirimi, ikamet ettiği ile göre bölge indirimi, aile indirimi, ödeme planı değişiklikleri, kişilere özel uygulanmış hastalık sürprimi, prim' in artmasında veya azalmasında etken olabilmektedir.

Sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı bu üründe fiyata etki etmemektedir. Bu üründe hasarlılık sürprimi ve hasarsızlık indirimi uygulanmamaktadır. Yenileme döneminde bir önceki poliçesinde mevcut olan hastalık sürprimi devam ettirilebilir ve/veya yeni hastalık sürprim uygulanabilir. Hastalık nedeniyle uygulanan sürprim tüm hastalıklar için sigortalı bazında toplamda tarife primi üzerinden maksimum %300 olabilir. Her yenileme döneminde yukarıda ifade edilen bu risk parametreleri analiz edilerek poliçenin primi güncellenmektedir.

11. Ürüne ait tüm teminatlar ve içerikleri aşağıda belirtilmiştir.

FİT ÜRÜNÜ TEMİNAT AÇIKLAMALARI TABLOSU	1. PLAN	2. PLAN	3. PLAN
	ACİL TEDAVİ PLUS	KOBİ SAĞLIK PAKETİ	4 MEVSİM ACİL TEDAVİ
ACİL SERVİS VE YARDIM GİDERLERİ TEMİNATI			
Acil Cerrahi Yatış Teminatı			
Acil Dahili Yatış Teminatı			
Oda-Yemek-Refakat Teminatı			
Yoğun Bakım Teminatı	5.000 TL	5.000 TL	5.000 TL
HASTALIK DESTEK TEMİNATI			
Miyokard Enfarktüsü (Kalp Krizi)			
Hastalık Sonucu İnme			
Kanser	20.000 TL	20.000 TL	20.000 TL
4 MEVSİM SAĞLIK HİZMET PAKETİ			
Grip Aşısı Paketi	Yılda 1 kez	Yılda 1 kez	Yılda 1 kez
Diş Bakım Paketi	Yılda 1 kez	Yılda 1 kez	Yılda 1 kez
Check-up Hizmeti	Geçersiz	Geçersiz	Yılda 1 kez
Diyetisyen Hizmeti	Geçersiz	Geçersiz	Yılda 1 kez
DIĞER HİZMETLER			
Acil Yardım Hizmeti	Sınırsız	Sınırsız	Sınırsız

Aşağıda belirtilen 23 acil durum tüm alternatiflerde geçerlidir.

- Akut batın
- Akut masif kanamalar
- Ani felçler
- Astım krizi ve akut solunum problemleri
- Ciddi alerji anafilaktik tablolar
- Ciddi genel durum bozukluğu
- Ciddi göz yaralanmaları
- Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları
- Ciddi yanıklar
- Diyabetik ve üremik koma
- Donma, soğuk çarpması
- Elektrik çarpması
- Isı çarpması
- Kalp krizi ve ritim bozuklukları, ağır hipertansiyon krizleri
- Menenjit (beyin zarı iltihabı), ensefalit (beyin iltihabı), beyin apsesi
- Kusma ve şuur kaybıyla beraber olan baş ağrıları
- Omurga ve ekstremiteler kırıkları
- Renal kolik (böbrek ve idrar yolları sancısı)
- Suda boğulma
- Şuur kaybına neden olan her türlü durum
- Ateşli silah ve kesici delici alet yaralanmaları
- Yüksek ateş
- Ağır zehirlenmeler

12. Acil Tedavi Plus ürünü Acil Servis ve Yardım Giderleri teminatı kapsamında aşağıda açıklanan giderler karşılanmaktadır.

a. Acil Cerrahi Yatış Teminatı

Tanımlanan acil durum nedeniyle cerrahi müdahale ve/veya yatış gerektiren durumlarda, cerrahi müdahale ve/veya yatışa ilişkin ameliyathane, operatör, narkozitör, asistans, narkoz, ilaç ve sarf malzemeleri giderleri yıllık limit dahilinde ödenir.

b. Acil Dahili Yatış Teminatı

Tanımlanan acil durumlarda sigortalının yatmasını gerektirmeyen cerrahi ve ortopedik müdahalelere ait konsültasyon ve doktor ücreti, oksijen, anestezi, alçı, dikiş uygulaması, kullanılması doktorca gerekli olan ortopedik destekleyiciler, bandaj, sargı vb. giderler, röntgen, laboratuvar testleri hasta bakım hizmetleri giderleri yıllık limit dahilinde ödenir.

c. Oda Yemek (Sadece oda hizmetine dahil olan hasta yemekleri için) Teminatı

Tanımlanan acil durumlarda sigortalının hastanede yattığı her tam gün için oda ücreti (standart tek yataklı oda), yemek (sadece oda hizmetlerine dahil olan hasta yemekleri için) ve hemşirelik hizmetlerine ait giderler yıllık limit dahilinde ödenir.

d. Yoğun Bakım Teminatı

Tanımlanan acil durumlarda sigortalının hastanede yoğun bakım ünitesinde geçirdiği her tam gün için yoğun bakım hizmetlerine ait giderler yıllık limit dahilinde ödenir.

13. Bu üründe gündelik bakım, gündelik iş görememe parası, tercümanlık giderleri, deprem, gebelik ve doğum teminatları bulunmamaktadır.

14. Acil Tedavi Plus Ürünü Hastalık Destek Teminatı kapsamında sigortalıya kanser, kalp krizi veya inme geçirmesi halinde nakit ödeme yapılır. Bir poliçe döneminde; belirtilen hastalıklardan herhangi birine yakalanılması durumunda teminat limiti bir kez ödenir ve teminat son bulur. Teminat kapsamında olan diğer hastalıklardan farklı birine daha yakalanılması halinde ödeme yapılmaz, azami limit poliçede belirtilen teminat limiti ile sınırlıdır. Sonraki poliçe yenileme dönemlerinde ise tazminat ödemesi yapılan aynı hastalık için mükerrer ödeme yapılamaz. Hastalık Destek Teminatının geçerliliği poliçe başlangıcından 3 ay sonra başlar. İlk 3 aylık süre Hastalık Destek Teminatından muaftır.

15. Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları (Madde 2-Teminat Dışı Kalan Haller, Madde 3- Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışı Kalan Haller) dikkatlice okuyunuz. Sigorta Genel Şartlarına www.eurekosigorta.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz. Poliçe Özel Şartları (Teminat Dışı Kalan Haller Maddesi) çerçevesinde aşağıdaki nedenlerden ileri gelen hasarlar kapsam dışıdır:

15.1. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın mevcut rahatsızlık/hastalıklar ile ilgili her türlü sağlık giderleri,

15.2. Mevcut sakatlıklar, konjenital (doğumsal) anomali ve hastalıklar, epilepsi (sara), geriatric hastalıklar, demansiyel sendromların (bunamalar ve alzheimer hastalığı gibi) tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

15.3. Psikiyatrik, psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog, pedagoğ, sosyal hizmet uzmanı ve danışmanlık hizmeti giderleri, psikososyal bozukluklar ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri,

15.4. Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen sigortalının geçirdiği hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

15.5. Her türlü profesyonel sporlar ve dağcılık, paraşütçülük, havada yolculuk dışı uçuş, tüplü, tüpsüz dalış, ralli, motokros gibi tehlikeli sporlar, sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen harcamalar, motosiklet kaza'ları sonucu oluşan sağlık giderleri,

15.6. Mevcut yasalara göre geçerli ruhsat/sürücü belgesi olmadan bir aracı kullanırken oluşan sakatlık ve yaralanmalara ait sağlık giderleri,

15.7. Sağlık kurumu tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü giderler, sigortalı ile kan bağı bulunan veya evli olan doktorun her türlü ücreti,

15.8. Tek kişilik standart oda ve refakatçi dışındaki diğer oda ücretleri, bir kişiden fazla refakatçi giderleri, hasta yoğun bakımda ise ayrıca oda masrafları, tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler, seyahat ve konaklama masrafları,

15.9. Hamilelik ve doğum ile bunlara bağlı komplikasyonlarının her türlü tıbbi giderleri,

15.10. Sağlık Bakanlığı tarafından ve/veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından faz 5 ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri,

15.11. Güvenlik güçleri mensuplarının, her türlü patlayıcı madde, ateşli silah ve mühimmat ile meydana gelen yaralanmalarının masrafları,

15.12. Tedavi sonrasında hastanın durumu ne olursa olsun sağlık kurumundan kişinin ikametgahına ya da bir başka sağlık kurumuna her türlü araçla nakli,

Acil Tedavi Sağlık Sigortası yurtdışında (KKTC hariç) yapılacak tetkik ve tedavileri

D. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

1. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, anlaşmalı kurumlarda TC Kimlik, Pasaport, Evlenme cüzdanı vb belgeleriniz ile hizmet talebinde bulunabilir.

2. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü; **genel şartlar, poliçenizde belirtilen özel şartlar ve klozlar kapsamında teminat veren sigortacıya aittir.**

3. Rizikonun gerçekleşmesi bakımından her bir teminat türü için farklılık olabileceğinden lütfen ilgili genel ve özel şartları (klozları) dikkatlice okuyunuz.

E. TAZMİNAT

1. Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçede alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Lütfen gerekli olan evrakları öğrenmek için sigorta şirketinden bilgi isteyiniz.

2. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren azami 8 iş günü içinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

3. Sigortacı, rizikonun gerçekleşmesi, gider bildiriminde bulunulması veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde sigortalı'yı muayene ettirme ve ikinci görüş isteme hakkına sahiptir.

4. Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olan tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir. Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

F. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Sigortalının acil hal durumunda ve/veya devlet hastanesinde yapılan sağlık harcamaları olması halinde; muayene formu, tetkik sonuçları, fatura / fiş aslı ve ayrıntılı dökümü, ilaç kullanımı var ise ayrıca reçete aslı, ilaç kupürü, fizik tedavi yapılmış ise fizik tedavi seans içeriği, tıbbi müdahale veya ameliyat ise ayrıca ameliyat raporu, hasta çıkış raporu (epikriz), patoloji raporlarının sağlık gider formu ile iletilmesi gerekmektedir.

2. Trafik Kazası ve/veya adli vaka olması halinde 1. maddedeki evraklara ek olarak trafik kazası tespit tutanağı /olay yeri tespit tutanağı, savcılık emri, alkol raporu ve adli tıp raporları, sigortalı ıslak imzalı beyanının temin edilmesi gerekir.

3. Sigorta Şirketinin gerekli görmesi halinde ek doküman isteme hakkı saklıdır.

4. Tazminat talebinde sigorta şirketine ibrazı gereken belgeler; Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartlarında, teminatı varsa Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ayrıntılı yer almaktadır. Ayrıca riskin gerçekleşmesi durumunda nereye, hangi belgelerle ve hangi sürede başvurulacağı; poliçe ekinde gönderilen barkotlu isme özel Sağlık Gider Formunda ve www.eurekosigorta.com.tr da ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

5. Sigortacı; Tahkim Sistemine üyedir.

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talebi ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunabilir. Sigorta Şirketi başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren on beş gün içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.
2. Poliçenizin veya tazminat ret mektubunuzun başvuru tarihinizden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda ALO EUREKO 0850 2226660 telefon numarasından irtibata geçebilirsiniz.