"TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI" POLİÇE ÖZEL ŞARTLARI

Değerli Sigortalımız,

Sizi aramızda görmekten mutluluk duyuyoruz.

Elinizde bulunan bu kitapçık, almış olduğunuz **TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI** ürünümüz ile ilgili ihtiyacınız olan bilgileri kapsamaktadır.

Poliçeniz, özel şartların yanı sıra Sağlık Sigortası Genel Şartları'na tabi olup ilgili genel şartlara www.tsb.org.tr, www.hazine.gov.tr ya da www.eurekosigorta.com.tr adreslerinden ulaşabilirsiniz.

Poliçenizin geçerliliği süresince Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde değişiklikler olabilir. Güncel Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ne www.eurekosigorta.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Poliçenizle ilgili sorunlarınızı iletmek ve hızlı hizmet almak için **SAĞLIK DANIŞMA HATTI 0850 222 0 365'**ten bizi 7 gün 24 saat arayabilirsiniz.

Sağlıklı günler dileriz.

EUREKO SİGORTA "TAMAMLAYICI" SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU

Bu ürün, SİGORTALI'nın Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı genel sağlık hizmetleri karşılığında SGK tarafından karşılanan ve/veya karşılamakla yükümlü olduğu sağlık giderlerine ilave olarak kanuni katılım payı dışında özel sağlık kurumuna ödeyeceği fark ücretlerini, sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını ve otelcilik hizmetlerine ilişkin giderleri sadece Sigortacı tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları kapsamında teminat altına alır.
İşbu poliçe teminatları, SİGORTALI'nın SGK'ya tabi olması ve SGK tarafından, genel sağlık yardımlarından yararlanabilme hakkının bulunuyor olması halinde geçerlidir.
SGK mensubu SİGORTALI'nın 5510 sayılı KANUN'un 10. maddesinde SGK kapsamına dahil olan eş ve çocukları Eureko Sigorta poliçesinden ancak SİGORTA ETTİREN'in başvurusu ve her bir kişi için prim ödemesi şartı ile faydalanabilir. Poliçede yer alan teminatlar, sadece poliçede SİGORTALI olarak belirtilen kişiler için ayrı, ayrı geçerlidir.

SGK kapsamında genel sağlık yardımlarından yararlanma hakkını sürekli veya geçici olarak kaybeden SİGORTALI'lar bu tarihten itibaren poliçedeki tedavi giderleri ve fark ücreti teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçedeki tedavi giderleri teminatları da yeniden işlerlik kazanır. SGK müstahaklığının kaybedilmesi durumunda SİGORTALI'nın isteği ile Madde 13'te açıklandığı şartlarda poliçe sonlandırılabilir.

Bu üründe SİGORTALI'nın hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanmaları halinde organ kaybı nedeniyle oluşan maluliyet giderleri, teminatı altında olan hastalıklara yakalanması halinde yapılan hastalık destek ödemeleri, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan bakıcı ve sair giderleri veya gündelik bakım masrafları, ilaç masrafları, deprem, sel, terör eylemleri nedeniyle oluşan sağlık giderleri, yol ve konaklama ücreti ve tercümanlık giderleri ile iş bu özel şartlar madde 5 de açıklanan sair teminat dışı haller poliçe teminat kapsamı dışıdır.

Sigorta poliçesi 1 yıllık düzenlenir. Poliçede yazılı olan poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar.

2. TANIMLAR

2.1 SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

www.tsb.org.tr ya da https://www.hmb.gov.tr/ den ulaşılabilen, Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan tüm sağlık sigortalarını kapsayan kural ve şartlardır.

2.2 BEKLEME SÜRESİ

SİGORTALI'nın poliçe kapsamına giren tazminat taleplerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

2.3 MEVCUT HASTALIK

Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar/ hastalıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır.

2.4 SİGORTA POLİÇESİ

SİGORTACI ile SİGORTA ETTİREN arasında imzalanan ve tarafların sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren sözleşme/belgedir.

2.5 SİGORTA ŞİRKETİ/SİGORTACI

SİGORTA ETTİREN veya SİGORTALI'nın maruz kalabileceği RİSK'e prim karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçede SİGORTACI; "Eureko Sigorta A.Ş."dir.

2.6 SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesinin tarafı ve prim ödeme yükümlüsüdür.

2.7 SİGORTALI/SİGORTALILAR

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve poliçede SİGORTALI olarak gösterilmiş olması kaydıyla, poliçe yılı içerisinde en az 6 ay Türkiye'de yerleşik, sigorta sözleşmesinden tazminat talep etme hakkı bulunan, SGK üyesi ve bağımlısı (Genel Sağlık Sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle aylık gelir veya aylık bağlanmamış

olan eşi ile sigortalıya tabi olarak SGK kapsamında genel sağlık hizmetinden yararlanma hakkı olup da 25 yaşını geçmeyen evli olmayan çocukları dahil), 14 gün-65 yaş arası gerçek kişiler.

2.8 EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

2.9 ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayetindeki SİGORTALI'ya tabi olarak SGK kapsamında genel sağlık hizmetinden yararlanma hakkı olup da 14 günden büyük, 25 yaşını doldurmamış evli olmayan çocuklar.

Yaş, sigorta başlangıç yılından doğum yılının çıkarılması (ay ve gün dikkate alınmaz) ile hesaplanır.
Yenidoğan bebekler doğumu takiben, evlat edinilen çocuklar kararı takiben 14. günden itibaren, sağlık beyanı incelenmek ve ayrı bir prim ödemek koşulları ile sigortalanmak üzere başvuru yapılabilecektir.

2.10 BAĞIMLI

SİGORTALI kişinin sigorta kapsamına alınan eşi, 18 yaşına kadar olan ve 18-24 (dahil) yaş arasında öğrenci olup evlenmemiş çocukları, eşlerden birinin diğer evliliğinden olan birlikte yaşadığı çocukları ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarıdır.

2.11 PRİM/SAĞLIK SİGORTA SÖZLEŞME BEDELİ

SİGORTACI'nın üstlendiği RİSK'e karşılık gelen ücrettir.

2.12 RİSK

Gerçekleşeceği önceden belli olmayan, gerçekleşmesi olası ve kişinin iradesi dışında gerçekleşen olay.

2.13 REÇETE

Doktor tarafından düzenlenen, üzerinde tarih, SİGORTALI adı-soyadı, doktor adı-soyadı, imzası ve diploma numarası bulunan, hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tarifelerini belirten belgedir.

2.14 DOĞRUDAN ÖDEME

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda önceden onayı verilmiş sağlık harcamasının, SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ilgili kuruma ödenmesidir.

2.15 SONRADAN ÖDEME

SİGORTALI'nın anlaşmasız sağlık kurumu/hizmet sunucusundan hizmet alması veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI listesinde olduğu halde mücbir sebepler dolayısıyla SİGORTALI tarafından talep edilmesine rağmen SİGORTACI tarafından doğrudan ödeme onayı verilememesi/verilmemesi nedeniyle, SİGORTALI tarafından sağlık kurumlarına ödenmesi halinde ödeme talep edilmesidir. SİGORTALI'nın SİGORTACI'dan "Sağlık Gider Formu" ve bu özel şartlarda tazminat ödemeleri kısmında belirtilmiş olan diğer evraklarla ödeme talep etmesi gerekmektedir. SİGORTACI, değerlendirmesi sonucunda onayladığı tutarı SİGORTALI'nın istediği hesap numarasına öder.

2.16 TEMİNATLAR

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risklere karşı vermiş olduğu, poliçe döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

2.17 TAZMİNAT

Sağlık harcamalarının; teminatlar kapsamınca ve poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde ödenmesidir.

2.18 TAZMİNAT/PRİM ORANI

Bir poliçe döneminde oluşan sağlık harcamalarının toplam prime oranıdır.

2.19 YENİLEME

Sigorta sözleşmesinin sona ermesiyle ve tarafların kabul etmesiyle otomatik olarak ya da yeni teklif verilerek yeni bir poliçenin düzenlenmesidir.

2.20 ANLAŞMASIZ KURUM LİMİTİ

Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen; poliçe üzerinde belirtilen teminatlara ait sağlık giderleri için gösterilen yıllık maksimum brüt miktardır. SİGORTACI tarafından, anlaşma harici kurum limitinden ödenen tazminatlar, bu limit üzerinden değerlendirilir.

2.21 İSTİSNA

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde meydana gelen RİSK'lerin (rahatsızlıkların/ hastalıkların) SİGORTACI tarafından değerlendirilmesi ile poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

2.22 HASTALIK SÜRPRİMİ

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde meydana gelen RİSK'lerin (rahatsızlıkların/ hastalıkların) SİGORTACI tarafından değerlendirilmesi ve buna bağlı olarak RİSK için belli bir oranda ek prim ilave edilerek teminat altına alınmasıdır.

2.23 MUAFİYET

Tazminatın ödenmesi sırasında, poliçede belirlenen sağlık harcamalarının SİGORTALI'nın üzerinde kalan bölümüdür.

2.24 SİGORTA SÜRESİ

Sigorta süresi, poliçede gösterilen başlangıç ve bitiş tarihleri olarak 1 yıldır. Saat 12:00'de başlar 12:00'de biter. Teminat süresi ise ilk primin ödenmesinden itibaren başlar.

2.25 ZÜHREVİ HASTALIKLAR

Enfeksiyona neden olan mikropların vücuda girmesiyle nükseden ve cinsel temas ile bulaşan frengi, bel soğukluğu, yumuşak şankr, genital siğil ve AIDS gibi hastalıklardır.

2.26 TARİFE

SİGORTACI'nın sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sözleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Türk Diş Hekimleri Birliği Tarifesi (TDB) gibi).

2.27 SUT (SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ)

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nca karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen ödenecek bedellerdir.

2.28 MEDULA

GSS (Genel Sağlık Sigortası) ile hastaneler arasında fatura bilgisini elektronik olarak toplamak, geri ödemesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünleşik sistemin adıdır.

2.29 ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde bulunan, Tamamlayıcı Network olarak ayrıca işaretlenmiş Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile branş bazında veya tüm branşlarda anlaşmalı hastane, özel tıp merkezi, laboratuvar, poliklinik olarak sınıflandırılmış sağlık hizmeti veren tüzel kişiler ile SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu ve SGK anlaşmalı doktorları kapsamaktadır.
SİGORTALI, dilediği kişi ve kurumlardan hizmet almakta serbesttir. Kurum veya kişilerin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde yer alması, bu kişi veya kurumların Sigorta Şirketi tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi, bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda sonuçları hiçbir şekilde Sigorta Şirketi tarafından garanti edilmemektedir. SİGORTALI'larımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetleri ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumludur. Alınan hizmetin bedeli poliçede belirtilen şartlarda tazmin edilir. Eureko Sigorta "ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi"ni değiştirme hakkını saklı tutar.

2.30 ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI/HİZMET SUNUCUSU

"ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi"nde yer almayan özel ve tüzel kişiliklerle ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU bünyesinde çalışmasına rağmen anlaşma şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen doktorlar veya SGK ile anlaşması bulunmayan kurum, branş ve doktorlar veya bu listede bulunduğu halde poliçe ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp doktorları, eczane olarak sınıflandırılan özel ve/ veya tüzel kişileri kapsamaktadır. Bu kişiler bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen doktorlar ile ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU olmakla birlikte, sağlık giderinin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan sağlık hizmet sunucuları anlaşmasız sağlık kurumu olarak sınıflandırılır.

2.31 TIBBİ ZORUNLULUK VE/VEYA GEREKLİLİK

Yetkili doktor tarafından onaylanması şartı ile, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/ veya tedavisi için kullanılacak tıbbi hizmet ve gerecin gerekli ve etkili olmasıdır. Bir doktor tarafından uygulanmış olması tek

başına tıbbi zorunluluğun oluştuğunu göstermez. Tıbbi zorunluluk oluşan tedavi ve tanı amaçlı işlemlerde T.C. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) endikasyon listeleri esas alınır.

2.32 DENEYSEL VE ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM VE/VEYA GEREÇ

SİGORTALI'ya uygulandığı tarihte aşağıdaki maddelerden bir ya da daha fazlasının geçerli olduğu işlem veya gereçlerdir:

- Haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışma yayınlanmamış olan,
- Yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri, ilgili kürsü bilim kurulları, T.C. Sağlık Bakanlığı) en az birisi tarafından kabul görmemiş olan,
- Haklarında tıbbi cemiyet, oda veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen,
- Herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol (Check-up) amacıyla uygulandığına yetkili doktor tarafından karar verilmiş işlem veya gereçler.

2.33 DOKTOR

Bağlı bulunduğu ülke sınırları içerisinde hekimlik sanatını icra etmeye yasal olarak yetkili kişidir. Diş hekimleri de bu tanıma dahildir.

2.34 YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde, provizyon merkezinde veya poliçe ekinde belirtilmiş ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'ndaki Eureko ofislerinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetkilendirilmiş doktorlardır.

2.35 HASTALIK

Doktor tarafından saptanan, SİGORTALI'nın fiziksel fonksiyonlarında, organları ya da sistemlerindeki bozukluk nedeni ile muayene, tanı, tedavi ya da ameliyat gerekliliğinin doğmasıdır

2.36 RAHATSIZLIK

Kişinin doktora başvurmasını gerektiren anormal fiziksel bulgular ve/veya şikayetlerdir.

2.37 SAĞLIK HARCAMALARI

Poliçe süresi dahilinde teminat verilen RİSK'in gerçekleşmesi halinde, SİGORTACI'nın tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan ve doktor tarafından yazılı olarak planlanan (istem, reçete) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

2.38 SAĞLIK KURUMU

Bağlı bulunduğu ülke sınırları içinde ilgili resmi kuruluşlar tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

2.39 TRİYAJ UYGULAMASI

Acil servislere başvuran hastaların, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde öncelik belirleme işlemini ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

KIRMIZI ALAN:

Hayatı tehdit eden yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve zaman kaybetmeden değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli en yüksek öncelikli durumlardır.

SARI ALAN:

Zaman geçirilmeden müdahale ve muayenelerinin yapılması gereken, ciddi fakat hayatı tehdit etmeyen yaralanma ve hastalığı olan kritik durumdaki kişiler bu gruba girer.

YEŞİL ALAN:

En düşük önceliğe sahiptir. Acil müdahale gereksinimi olmayıp; bekleyebilecek, muayene ve tedavileri poliklinik şartlarında da yapılabilecek kişiler bu gruba girer.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler poliçede Acil Durum kapsamında olup yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir. Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmayacaktır.

2.40 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

23.10.2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde tarif edilen şekli ile poliçenin her yıl yenilenme esaslarıdır.

3. TEMİNATLAR

3.1 ANA TEMİNAT

3.1.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Yatarak Tedavi Teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi işlemlerine ait SGK tarafından karşılanan tutarın üzerinde kalan poliçe kapsamındaki fark tutarları giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

SİGORTALI'nın, tıbbi gereklilik nedeniyle hastanede kalış (yatış) süresince ortaya çıkan her türlü;

- Doktor,
- Asistan,
- Anestezist,
- Yatak/konaklama,
- Doktor tarafından tedavi için gerekli görülmüş ilave masraflar ve kan ürünleri,
- Yoğun bakım giderleri,
- Kardiyak anjiyografiler,
- Karaciğer ve Pankreas biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkarılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler,
- Hastalık veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli yardımcı tıbbi malzemeler
- Kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, doktor ücreti, münhasıran bu tedavi için yapılacak laboratuvar tetkikleri vs.) Yatarak Tedavi kapsamında karşılanır.

Eureko Sigorta poliçe süresi içinde gerçekleşmiş olan trafik kazası sonucu ve adli olaylarda plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahı tarafından vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan estetik ve rekonstrüktif operasyonlar teminat kapsamındadır.

FDA onayı olan tıbbi durumlarda (pankreas kanseri, yumurtalık kanseri gibi özellikli kanser cerrahileri için) robotik cerrahi ameliyat giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dahilinde karşılanır.

Yalnızca FDA onayı olan tıbbi durumlarda adezyon bariyeri (batın içi operasyonlar gibi) adıyla anılan özellikli tıbbi malzeme giderleri Yatarak Tedavi kapsamına alınmıştır.

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda verilen yatış onayları süresiz değildir. Verilen yatış onayı yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydı ile geçerlidir. SİGORTALI'nın belirtilen süreden sonra hastaneye yatırılması durumunda yeniden provizyon alınması gereklidir.

15 günü aşan tüm yatışlarda 15. günden sonra oluşan teminat kapsamındaki giderlerin karşılanabilmesi için, konuya ilişkin yazılı talep gönderilerek tekrar onay alınması gerekmektedir.

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla ve en az 24 saat hastanede yatarak oluşacak sağlık giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Yatarak Tedavi Teminatları için poliçe yılı içerisinde toplam hastanede kalış süresi 180 gündür. Toplam hastanede kalış süresi hesap edilirken yoğun bakımda kalınan her gün 2 gün olarak hesap edilir.

Hayatı tehdit eden acil durumlarda olay yerine en yakın sağlık kuruluşunda yapılacak tedaviler kurum anlaşmalı değilse sonradan ödeme kapsamında olup, tedavinin sigorta teminatı kapsamında olabilmesi için acil durumun kalkmasını müteakip eğer tedavi devam edecekse mutlaka ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda sürdürülmesi ve tamamlanması gereklidir.

3.1.2 YAPAY UZUV TEMİNATI

Estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak gibi uzuvlar ile vücuda implante edilen ve sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan cihazlar doktor raporuyla belgelenmesi koşulu ile poliçede belirtilen limit ve katılım kapsamında karşılanır.

Poliçe şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan meme ucu hariç rekonstrüksiyon ameliyatları ve silikon malzemeleri ömür boyu sadece 1 kez olmak üzere kapsamdadır.

İşitme cihazı Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalılarda doktor raporuyla belgelenmesi ve yetkili doktorun onaylaması

koşulu ile olay tarihinde yürürlükte bulunan poliçede belirtilen yapay uzuv yıllık teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde her iki kulak için birer defa olmak üzere yılda 1 defa karşılanır.

Protez sütyen gibi salt kozmetik amaçlı kullanılan yardımcı malzemeler, robotik uzuvlar, koklear implant ile işitme cihazı ile ilgili bakım ürünleri, pilleri, yedek parça ve aksesuarları vb. malzemeler teminat kapsamı dışındadır.

Eğer garanti süresi dışında cihazın bozulması, işitme durumunda değişiklik olması ve verilen cihazın yeterli gelmemesi söz konusu olur ise kulak burun boğaz uzmanı tarafından belgelenmesi koşulu ile bu süre dikkate alınmaksızın yeni talep değerlendirilebilir.

3.1.3 EVDE BAKIM

SİGORTALI'nın yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten DOKTOR'u tarafından evde uygulanması istenen tedavi planının, SİGORTALI'nın hastaneden taburcu olmadan önce SİGORTACI tarafından onaylanması ve POLİÇE üzerinde belirtilen limitler dahilinde taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan evde tıbbi bakım hizmet giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Evde tıbbi bakım hizmeti verecek özel veya tüzel kişinin SİGORTACI tarafından onaylanması gerekmektedir. Bu teminat sigortacı tarafından belirlenmiş sadece özel anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir.

3.1.4 TIBBİ MALZEME

SİGORTALI'nın SİGORTA SÜRESİ içerisinde gerçekleşen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde taşınabilir, kişiye özel ekipman ve/veya aparatlardır.

Atel, elastik bandaj, walker, korse, koltuk değneği, kol askısı, aerochamber, nebülizatör, emboli çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, oturma simidi ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler, aşil botu, eklem stabilizasyon ortezi, ürostomi torbası, kolostomi torbası, tıbbi cihaz kiralama giderleri, insülin pompası ve aksesuarları bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Evde bakıma konu olan tıbbi malzeme kiralama bedelleri bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Ayakta Tedavi ve Doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

SGK kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

3.2 İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

3.2.1 AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, doktor muayene, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen giderleri işlemlerine ait SGK tarafından karşılanan tutarın üzerinde kalan poliçe kapsamındaki fark tutarları bu teminattan karşılanır.

Tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi, SGK tarafından provizyon onayı verilerek kabul edilmesi halinde SİGORTACI, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde özel olarak belirtilmiş kurumun SGK ile anlaşmalı olduğu doktor ve kapsamlar dahilinde SGK'nın ödeyeceği hizmet bedelinin üzerini bu kurum ile yapılmış özel sözleşme çerçevesinde karşılayacaktır.

SİGORTALI'nın bir travmatik yaralanma veya rahatsızlık ve / veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için SGK ve SİGORTACI ile tamamen ya da branş bazında anlaşmalı hastanede çalışan ve SGK anlaşmalı doktor tarafından yapılan işlemlerdir. SGK'nın onay verdiği işlemlerin üzerini tamamlayıcı olarak poliçe özel ve genel şartlara uygun olarak karşılanır.

Bir hastalığın tanısı için doktor tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri, röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, doppler ultrasonografi, EKG (Elektrokardiyografi), EEG (Elektroensefalografi), EMG (Elektronöromiyografi), ileri tanı yöntemleri (BT (Bilgisayarlı Tomografi), eforlu EKG (Elektrokardiyografi), EKO (Ekokardiyografi), eforlu EKO (Eforlu Ekokardiyografi), holter EKG (Holter Elektrokar diyografi), MR (Manyetik Rezonans) nükleer tıp tetkikleri, gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi gibi endoskopik tetkikler ve bu işlemler dahilinde yapılan biyopsiler, kalp-koroner anjiyografi hariç her türlü anjiyografiler) gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

3.2.1.1 FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON TEMİNATI

Fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi yetkili doktor tarafından onaylanan fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı ve poliçede belirtilen seans limiti dahilinde karşılanır.

İlk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkan ve yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler ile ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, ilk sigortalanma tarihinden başlamak üzere 3 aylık bekleme süresi sonrasında kapsam dahilindedir.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir (1) seans olarak değerlendirilir. Fizik tedavinin sağlık kurumunda yatarak yapılması halinde, fizik tedavi giderleri dışında faturalandırılan oda, yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), doktor takibi vb. giderler kapsam dışıdır.

3.2.2 HAMİLELİK VE DOĞUM

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (bebek ile ilgili harcamalar hariç) poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde Doğum Teminatı'ndan karşılanır. Ancak dış gebelik (ektopik gebelik) Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir.

Hamilelik ve Doğum ile ilişkilendirilecek her türlü ayakta yapılan tetkik ve tedaviler poliçede belirtilen Hamilelik Takip Teminatı limiti dahilinde karşılanır.

Hamilelik ve Doğum Teminatı 18 yaş üzeri, poliçede kendisi ve eş durumundaki kadın SİGORTALI'lar için geçerlidir.

Hamilelik, doğum ve/veya komplikasyonlarına bağlı takip ve tedavilerin SİGORTALI'nın özel doktoru tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ödenecek ilave özel doktor ücretleri SİGORTALI'ya aittir.

SİGORTALI'nın Hamilelik Takibi ve Doğum Teminatı'na hak kazabilmesi için Eureko Sigorta'da doğum teminatı olan bir planda hamilelik başlangıcı için 12 ay bekleme süresini tamamlaması gereklidir. Doğum teminatı kapsamındaki yatarak ve ayakta tedaviye konu tüm giderler seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır.

3.3 HİZMETLER

Poliçede, "Hizmetler" başlığı altında yer alan sigorta süresi boyunca geçerli olan, Check-Up, Diş Bakım Paketi, Ambulans gibi destek hizmeti sağlayıcıları aracılığıyla sigortalıya sunduğu hizmetler, teminat niteliğinde olmayıp, verilen hizmet, içerik ve uygulama bakımından farklılık gösterebilecektir. Söz konusu hizmetler, Ömür Boyu Yenileme Garantisine tabi değildir.

3.3.1 CHECK-UP HİZMETİ

Check-up hizmet paketi; Eureko Sigorta tarafından SİGORTALI'lar için bu hizmete Özel ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerli olan ve sağlıklı yaşamı teşvik eden hizmetlerdendir.

Check-up hizmeti kişisel, özel veya genel istisnalar dikkate alınmadan her SİGORTALI'mız için geçerlidir.

Check-up hizmeti, poliçe yılı içinde her SİGORTALI için bir (1) kez olmak kaydı ile kullanılabilir, kullanılmadığı takdirde bir sonraki poliçe dönemine devredilemez. Hizmet için geçerli olan Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ne www.eurekosigorta.com.tr adresinden, mobil uygulamadan veya Sağlık Danışma Hattı 0850 222 0 365 numaralı telefonla ulaşabilir.

Check-up hizmet kullanım içeriği:

- Genel Dahili Muayene
- EKG
- Tam Kan Sayımı
- Sedimentasyon
- Açlık Kan Şekeri Glukoz
- Total Kolesterol
- Tam İdrar Tahlili
- Akciğer Tek Yön (AP) Grafisi

3.3.2 DİŞ BAKIM PAKETİ HİZMETİ

Bu hizmet, SİGORTALI için Diş Bakım Paketi Özel ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda poliçe yılı içinde bir (1) kez olmak kaydı ile tüm planlarda geçerlidir. Anlaşmalı diş hekimi ve kurumlara ulaşmak için Sağlık Danışma Hattı 0850 222 0 365 telefon numaraları aranmalıdır. Bu hizmetin kullanılabilmesi için randevu organizasyonu Eureko Sigorta tarafından yapılmaktadır.

Diş Bakım Paketi hizmet kullanım içeriği:

- Diş Hekimi Muayene,
- Diş Taşı Temizliği (Detartraj- alt ve üst çene),
- Röntgen (Periapikal- gerekirse bir adet)

Bu hizmetler dışında yapılacak olan diğer işlemler için Diş Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi'ne göre ücretlendirilerek, indirimlerimizden yararlanılması sağlanacaktır.

3.3.3 ACİL YARDIM (AMBULANS) HİZMETİ

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna sadece kara ambulansı ile nakli için "Acil Ambulans ve Danışma" 0850 222 0 365 hattının aranması koşulu ile T.C. sınırları içinde bu hizmetin verilebildiği bölgelerde Acil Yardım Hizmeti'nden yararlanır.

Sigortalının rahatsızlanması veya yaralanması sonucu talep etmesi ve onaylaması durumunda bulunduğu bölgeye en yakın yerden kara ambulansı gönderimini, Sigortalının bulunduğu lokasyondan en yakın hastaneye naklini sağlayacaktır.

Hayati tehlike göstermeyen tıbbi durumlarda, tedavi sonrası SİGORTALI isteği ile hastaneden eve veya bulunduğu hastaneden başka bir hastaneye sevki, hava ambulansı, cenaze nakli hizmeti durumlarında acil yardım hizmeti geçerli değildir.

Hava ambulansı, cenaze nakli hizmetini Sigortalının veya Sigortalı adına yakının talep etmesi durumunda Hava Ambulans tarifesi ücretler çerçevesinde sadece organizasyon yapılacaktır.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Madde 2.39'da tanımlanan triyaj uygulamasında kırmızı alan olarak değerlendirilen başvurular hariç olmak üzere tüm diğer riskler için yatarak tedavi ve fizik tedavi teminatı kişinin poliçe başlangıç tarihinden 3 ay sonra başlar.

SİGORTALI'nın Hamilelik ve Doğum Teminitı'na hak kazabilmesi için Eureko Sigorta'da doğum teminatı olan bir planda hamilelik başlangıcı için 12 ay bekleme süresini tamamlaması gereklidir.

Yenileme olarak akdedilen poliçelerde bekleme süreleri uygulanmaz, yalnızca ilk poliçede bekleme süresi uygulanabilir. Yenileme olarak akdedilen poliçeye bekleme süresi olan yeni bir teminat eklenmesi hali istisnadır.

5. İSTİSNALAR

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda Teminat Dışı Kalan Haller maddesinde belirtilenlerle birlikte, Genel Sağlık Sigortası kapsamında karşılanıyor olsa dahi aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak sağlık giderleri teminat kapsamı dışındadır.

5.1 Poliçede SİGORTALI olarak kaydedilmeyen kimseler,

5.2 BEKLEME SÜRELERİ maddesinde belirtilen hastalıkların acil durumlar dahil tüm yatarak tedavi giderleri,

5.3 Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan tüm mevcut rahatsızlıklar/hastalıklar ile ilgili her türlü sağlık giderleri (Tanı /tedavi yapılmış olsun veya olmasın; değerlendirmede bedensel şikayetin ortaya çıktığı tarih esas alınır.),

5.4 Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, konjenital (doğumsal) anomali ve hastalıklar ve tanı amaçlı işlemler (kalça çıkığı şüphesiyle yapılan yenidoğan kalça ultrasonu, üfürüm bulgusu gerekçesiyle yapılan ilk ekokardiyografi hariç), büyüme ve gelişme bozuklukları, keratokonus, 18 yaşından önceki kasık fıtığı ile kordon kisti ve hidrosel,

5.5 Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler, kabul edilen hamilelik takibi hariç), her türlü gen tedavisi, bu işlem için gereken tetkikler, kök hücre nakilleri, kemoterapi ve/veya radyoterapi öncesi ve sonrası yapılan gen harita ve tiplemeleri, işlem öncesi ve sonrası yapılacak her türlü tanı, tedavi giderleri, kök hücre ve kemik iliği saklanması, dondurulması gibi her türlü saklama ve taşıma, verici durumundaki SİGORTALI veya üçüncü şahısların tüm sağlık masrafları,

5.6 Genetik/aile riski yüksek olan veya geçirilmiş kanser tanısı olanlar için koruyucu amaçlı yapılması planlanan cerrahiler/girişimler,

5.7 Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonlarına, her türlü omurga eğriliklerine (kifoz, skolyoz gibi), yapısal bozukluklara (Pes Planus, Halluks Valgus ve benzeri gibi) ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

5.8 Nazal Valv Yetmezliği, Nazal Polip, aksi ek protokolde belirtilmediyse Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıkları,

5.9 Deneysel veya araştırma amaçlı işlem/gereçler, belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla ve/veya bir hastalığın/hastalıkların erken tanısına yönelik yapılan muayene ve tetkikler, (laboratuvar, röntgen, ileri görüntüleme yöntemleri vb. uygulamalar), Check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT (Elektron Beam Tomografi), BT (Bilgisayarlı Tomografi) cihazı ile yapılan tarama amaçlı Koroner Anjiografi (tanısı konmuş koroner hastalığı olanlar hariç), kemik yoğunluğu ölçümü, tarama amaçlı yapılan sanal endoskopik işlemler (sanal bronkoskopi, sanal kolonoskopi vb.).

5.10 Reçeteye yazılsa dahi;

- T.C. Sağlık Bakanlığı onaylı veya onaysız her türlü ilaç ve aşılar,
- Her türlü tıbbi malzemeler,
- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak, beslenmeyi desteklemek ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, doğal maddeleri, vitaminleri, mineralleri içeren preparatlar,
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar/ürünler,
- Yurda kaçak sokulan ve/veya T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar, saç solüsyonu, kolonya, alkol,
- Doğum kontrol amaçlı kullanılan doğum kontrol hapları, kondom,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları,
- Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, bebek bakım kremleri,
- Nemlendirici amaçlı ürünler,
- Şeker ölçme stikleri ve kartuşları,
- Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, hidrofil pamuk,
- Termometre,
- Buz kesesi, sıcak su torbası,
- Kontakt lens ve ilgili bakım preparatları,
- Gözlük camı ve çerçevesi,

5.11 Allerjik hastalıkların deri testleri, aşı giderleri, immunoterapi işlemleri ve alerjik rinit için uygulanan fototerapi (Rhinolight vb.)

5.12 Her türlü aşı ile ilaçlar (bağışıklık sistemini güçlendirme amaçlı ve koruyucu aşılar dahil),

5.13 SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde gerçekleşen bir kaza veya hastalık sonucu olsa bile uygulanan tedavisinin parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde taşınabilir, kişiye özel ekipman ve/veya aparatlar; alçı terliği, makara, tabanlık, ortopedik bot, varis çorabı, dik duruş korsesi, şeker ölçme aleti, iğnesi ve stripi, peruk, termofor, tekerlekli sandalye, göğüs ve penil protezler, ICD (Intracardiac Device), koklear implant, işitme cihazı ile ilgili bakım ürünleri, pilleri, yedek parça ve aksesuarları ve benzerleri gibi tıbbi malzemeler,

5.14 Geriatrik hastalıklar, demansiyel sendromlar (bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi),

5.15 Sebebi ne olursa olsun psikiyatri uzmanı tarafından yapılan muayene (yılda 4, maksimum 4 defa) ve sadece liyazon psikiyatrisi ihtiyacı nedeniyle yapılan psikoterapiler kapsamda olmak üzere tüm psikiyatrik, psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı ve danışmanlık hizmeti giderleri, zekâ testi ve benzeri tetkikler, psikososyal bozukluklar ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri,

5.16 Gözde oluşan kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil), göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri,

5.17 Doktor nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel, huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezi, ayak bakım merkezleri ve sağlık kurumu tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneoterapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi, masaj, çamur banyosu dahil olmak üzere yapılan tüm giderler,

5.18 Lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayene giderleri,

5.19 Zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, obezite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçümleri dahil), anoreksiya, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler,

5.20 Estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri,

5.21 Egzersiz, akupunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, cilt kuruması ve terlemesini önleyen ürünler ve yöntemler, saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri,

5.22 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı'nda belirtilen tedaviler dışındaki algoloji (ağrı) tedavileri,

5.13 Kordon kanı alınması, saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli veya bu yöntemle yapılan tedavilere ait her türlü giderler (kanser nedeniyle kemik iliği nakli hariç),

5.24 Zührevi hastalıklara ait her türlü tıbbi giderler (genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar, siğiller, kondiloma akküminata vb, molluscum kontagiosum hariç),

5.25 Ameliyat teminatı kapsamında belirtilen koşullar dışındaki robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yönteme özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,

5.26 Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlar (Poliçe şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan meme ucu hariç rekonstrüksiyon ameliyatları ve silikon malzemeleri ömür boyu sadece 1 kez olmak üzere kapsamdadır.) ile kontrol ve komplikasyonları, komedon tedavisi,

5.27 PRP (Plateler Rich Plasma-Trombositten Zengin Plasma) gibi alternatif tıp yöntemlerine ait giderler, anti-aging (yaşlanmayı geciktirici) çalışmalar için yapılan tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon giderleri, ilaç ve gereçleri (DHEA vb.) giderler,

5.28 Her ne sebeple olursa olsun botox uygulama giderleri,

5.29 Uyku apnesine yönelik yapılan polisomnografi ve polisomnografi sonucuna göre uyku apnesi tanısı ile yapılan cerrahi müdahaleler (UPPP, Uvulektomi vb.) hariç olmak üzere horlama-tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si vb.) ve tedavileri (cerrahi müdahaleler, CPAP cihazı vb.),

5.30 Mezoterapi, komedon tedavisi, telenjiektazi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, yüzeyel varis tedavileri (sklerozan-lazer tedavileri vb.) ile ilgili giderler,

5.31 Nöralterapi ile ilgili tıbbi giderler,

5.32 Yardımcı sağlık personeline (diyetisyen, özel hemşire, ses ve konuşma terapistleri ve fizyoterapist vb.) ödenen ücretler,

5.33 Her türlü nedenle uygulanacak; yardımla üreme teknikleri (kısırlık tanı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanı-tedavi yöntem ve/veya komplikasyonları, AMH (anti müllerian hormon) takibi, doğum kontrolü yöntemleri ve ilgili ilaç ve gereçleri, isteğe bağlı küretaj, HSG (histerosalphingografi) spermiyogram, adhezyolisiz ile ilgili giderler,

5.34 Her türlü nedenle (fimozis vb.) yapılan sünnet ve komplikasyonları,

5.35 Cinsiyet değiştirme operasyonları, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil),

5.36 HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. hastalıklara dair yapılan giderler,

5.37 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 SİGORTALI'nın geçirdiği hastalık, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri, sigara bırakma, bağımlılığı tedavisi masrafları,

5.38 Her türlü profesyonel sporlar ile amatör olarak yapılsa dahi dağcılık, kayak, paraşütçülük, havada yolculuk dışı uçuş, tüplü, tüpsüz dalış, ralli, motokros gibi tehlikeli sporlar, sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sağlık giderleri,

5.39 Seyahat amaçlı motosiklet yolculuğu esnasında kaza sonucu oluşan sağlık giderleri,

5.40 Mevcut yasalara uygun ruhsat/sürücü belgesi (ehliyet) olmadan bir aracı kullanırken veya bu tarz bir araçta yolculuk yaparken oluşan sakatlık ve yaralanmalara ait sağlık giderleri (Ehliyet, SİGORTALI'nın kullandığı aracın sınıfına uygun olmalıdır.),

5.41 Tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, bir kişiden fazla refakatçi giderleri, hasta yoğun bakımda ise ayrıca oda masrafları, telefon, televizyon gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler, her türlü seyahat ve konaklama masrafları,

5.42 SİGORTALI için poliçede açıkça belirtilmeyen; diğer bütün teminatlar, poliçe şartlarında belirtilen kapsam dışı özel durumlar ve sağlık organizasyonu/kurumu tanımını karşılamayan yerlerde gerçekleştirilen harcamalar,

5.43 Hamilelik ve doğum ile bunlara bağlı komplikasyonlarının her türlü tıbbi giderleri bu teminatın poliçede olmaması halinde yapılan harcamalar,

5.44 Doğum Teminatı olsa bile yenidoğan bebeğe ait her türlü giderler ve kuvöz masrafları,

5.45 Organ ve kan nakli, kemik iliği nakli sırasında, alıcı SİGORTALI'mız ise verici durumundaki kişilerin tüm sağlık ve sair masrafları; verici SİGORTALI'mız ise, organ nakli süreci ve sonrasındaki tüm ameliyat, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri ve her durumda organın taşınma veya satın alınması masrafları,

5.46 Diş Tedavi Teminatı yok ise; diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler,

5.47 SİGORTALI ile kan bağı bulunan veya evli olan doktorun her türlü ücreti ve yapmış olduğu işlemlere ait giderler,

5.48 SİGORTALI'nın hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan hekimden alınan sağlık hizmeti giderleri,

5.49 İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. günden sonra yapılan kontrol muayene giderleri,

5.50 Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından faz 5 alarm düzeyi ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri,

5.51 Güvenlik güçleri mensuplarının, her türlü patlayıcı madde, ateşli silah ve mühimmat ile meydana gelen yaralanmalarının tedavi ve rehabilitasyon masrafları,

5.52 Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde açıkça belirtilen meslek hastalıkları ve buna bağlı komplikasyonlarının her türlü tıbbi giderleri (Bahsi geçen meslek hastalıklarının resmi kurumlarca belgelenmiş olması şart değildir.),

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

5.54 SİGORTALI'nın hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

5.55 Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler,

5.56 Evlilik, işe başlama, sportif faaliyetlere katılma vb. için alınan sağlık raporu giderleri,

5.57 5510 sayılı SGK Kanunu çerçevesinde, SİGORTALI'nın SGK tarafından karşılanan sağlık yardımlarından yararlanabilme hakkının bulunmadığı durumlarda oluşan sağlık giderleri,

5.58 5510 sayılı SGK Kanunun 63 üncü maddesi kapsamında SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin SGK kurum payı ve SİGORTALI tarafından ödenmesi yasal zorunluluk olan SGK katılım payları,

5.59 SGK anlaşmalı bir kurumda gerçekleşse dahi MEDULA onayı olmayan ve/veya belgelenemeyen sağlık giderleri,

5.60 Her durumda SGK ile anlaşması olmayan anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen sağlık giderleri,

5.61 Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hatalar sonucunda doğacak giderler,

5.62 Sigortalının vefat etmesi durumunda cenaze işlemleri ile ilgili giderler (morg, cenaze nakli vb.).

5.63 "Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi"nde yer alan sağlık kuruluşları ve doktorlara ait her türlü giderler.

5.64 Aksi poliçede belirtilmedikçe doktor nezaretinde yapılmış olsalar dahi uzaktan sağlık hizmeti giderlerine (muayene, konsültasyon, ikinci görüş, kronik hastalık takibi, psikoterapi, tıbbi cihaz veri ölçüm takipleri, e-reçete düzenlemesi vb.) ilişkin her türlü teşhis tedavi ve danışmanlık hizmetleri.

SİGORTACI, yukarıda sayılan maddelere ek olarak teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik "teminat dışı kalan haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta teminatları sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ve yurtdışında geçersizdir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Aksine bir durum belirtilmediği sürece teminatların kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir:

- SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye başvurulması,
- SGK ile anlaşmalı hastanede işlemlerini gerçekleştiren doktorun SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigortalı'nın tedavi göreceği branş ile Sigortacının anlaşmasının olması anlaşmasının olması,
- SGK – SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)'a uygun olarak SGK tarafından karşılanan sağlık giderleri olması,
- Yapılan tedavinin MEDULA (SGK provizyon sistemi) yazılı onayının bulunması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın Poliçe Özel Şartları'na ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'na uygun olması.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigorta poliçesi, poliçe dönemi içerisinde ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda gerçekleşecek SİGORTALI'ya ait, tanı ve tedavi harcamalarını ve poliçede vadedilen hizmetleri Sağlık Sigortası Genel Şartları, bu dokümanda açıklanan özel şartlar ve poliçe üzerinde belirtilen teminat, limit ve ödeme yüzdelerine göre karşılar.

SİGORTACI tarafından önceden onaylanan (provizyon verilmiş) ve ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır.

Tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi, SGK tarafından provizyon onayı verilerek kabul edilmesi gerekmektedir. SİGORTACI, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde özel olarak belirtilmiş kurumun SGK ile anlaşmalı olduğu doktor ve kapsamlar dahilinde SGK'nın ödeyeceği hizmet bedelinin üzerini bu kurum ile yapılmış özel sözleşme çerçevesinde karşılar.

8.1 SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

İşbu poliçenin geçerli olabilmesi için, SİGORTALI'nın 5510 sayılı SGK Kanunu çerçevesinde, sağlık yardımlarından yararlanabilme hakkının bulunuyor olması gerekmektedir. Aksi takdirde oluşacak giderler poliçe kapsamı içinde değerlendirilmez.

Bu poliçe yurtiçinde ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda "Doğrudan Ödeme" kapsamında poliçede belirtilen şartlarda SİGORTALI'ların tetkik ve tedavilerini karşılar. Bu poliçe acil olsa dahi yurt dışında (K.K.T.C. yurtdışı dahil) yapılacak tetkik ve tedavileri kapsamaz.

SİGORTALI veya yakını, tedavi öncesi ya da sonrasında sağlık giderlerini ödemeden önce, SİGORTALI'nın sigortadan yararlanabilmesi için sağlık hizmetini aldığı kuruluşa kimlik tespiti için gerekli belgelerin fotokopisini vererek ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU'nun Sigorta Şirketinden provizyon almasına imkan tanıması gerekmektedir.

SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yetkili doktora SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

Trafik kazaları nedeniyle oluşabilecek sağlık hizmeti giderleri 2011/17 sayılı Trafik Kazaları Nedeniyle İlgililere Sunulan Sağlık Hizmet Bedellerinin Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik Uygulamasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Genelge 6. Maddesi "Trafik kazaları sebebiyle sağlık hizmeti talebine konu olabilecek isteğe bağlı sigortaları düzenleyen sigorta şirketlerinin anılan poliçeler çerçevesindeki sorumlulukları saklıdır. Bu sigorta şirketleri, ilgili poliçe teminat kapsamı dahilinde, 13.02.2011 tarihli ve 6111 sayılı Kanun ve yönetmelik uyarınca trafik kazası nedeniyle yapılan sağlık hizmeti bedelinden Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödeme yükümlülüğünü aşan hizmet bedelini ödeyeceklerdir." talimatı doğrultusunda işleme alınabilecektir.

Acil hal durumu dışında yapılacak olan yatarak tedavilerde yatış tarihinden 48 saat önce ANLAŞMALI KURUM'a ödeme onayı işlemi için sigorta şirketine başvuru yapılmalıdır.

Acil durumlarda SİGORTALI'nın en yakın anlaşmasız sağlık kurumuna müracaat ettirilmesi sonucu acil durumun tedavisi ile ilgili oluşacak masraflarda tedavinin sigorta teminatı kapsamında olabilmesi için, acil durumun kalkmasını müteakip eğer tedavi devam edecekse mutlaka ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda sürdürülmesi ve tamamlanması gereklidir.

Poliçe özel şartları kapsamında belirtilen teminatlar ile ilgili **SONRADAN ÖDEME** yapılacak sağlık harcamaları;

- ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde bulunduğu halde SİGORTACI'dan provizyon onayı alınamamış kurumlardaki sağlık harcamaları SİGORTALI tarafından sağlık kurumuna ödenmesi ve MEDULA onayının belgelenmesi kaydıyla maksimum SİGORTACI'nın ilgili kurum ile yapmış olduğu anlaşma fiyatları baz alınarak sonradan ödeme, kapsamında karşılanır.
- SGK anlaşması olan anlaşmasız kurumlarda SGK ile anlaşmalı bulunan branşlarda gerçekleşen işlemlerde MEDULA onayı olması ve belgelenmesi koşuluyla ilgili teminatı yapan poliçede üzerinde belirtilen anlaşmasız kurum ödeme limit ve yüzdesi ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- Anlaşmasız kurumlarda Genel Sağlık Sigortası 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' için teminat geçersizdir.

• Aşağıda ismi belirtilmiş olan ve SGK tarafından **İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri** adıyla listelenmiş olan tıbbi işlemler için SİGORTACI'nın sorumluluğu bulunmadığından SİGORTALI'ya geri ödenme yapılamaz.

İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri:

- Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Hemodiyaliz tedavileri,
- SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki 618200-P618200 kodlu "Koklear implant yerleştirilmesi" işlemi.
- Assistans olarak verilen hediye teminatlarda hizmet alınan ilde ANLAŞMALI KURUM olmaması durumunda gerçekleşen giderler; SİGORTACI'nın işlem öncesi onayı olması halinde her bir hizmet için 100 TL limit ile fatura ile belgelenmesi durumunda sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

SİGORTALI'nın anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen sonradan ödeme kapsamında talep edilen tazminat talepleri aşağıdaki şekilde işleme alınacaktır:

• Sağlık kurumundan SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura, faturanın alınamadığı durumlarda ise kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve tıbbi raporlar ile birlikte Sağlık Gider Formu eşliğinde form üzerinde yazan adrese gönderilmesi gerekmektedir.
• Sağlık Gider Formu ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına tıbbi rapor ve belgeler de eklenmelidir. Doktor raporlarında mutlaka doktor kaşesi bulunmalı ve doktorun uzmanlık alanı belirtilmelidir.
• SİGORTALI'nın göndermiş olduğu faturalar eksik belge ve bilgi olmaması koşulu ile Eureko Sigorta'ya ulaşmasından sonra en geç 8 gün içinde ödenir.
• Tazminat ödemelerinde muaccel sigorta primleri mahsup edilir.

9. SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

9.1 POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

SİGORTACI her poliçe yılı sonunda, SİGORTALI'nın sağlık durumunu (tazminat/prim oranına bakmaksızın) değerlendirerek poliçeyi yenileme ya da yenilememe kararını verir. Poliçenin yenilenmesi durumunda o tarihte yürürlükte bulunan ürün özel şartları ve prim tarifeleri geçerlidir.

SİGORTACI poliçe yenileme kararı aldığında mevcut poliçe sürecinde oluşmuş rahatsızlıklar/hastalıkları inceleyerek bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili rahatsızlık ve hastalıkları kapsam dışı bırakabilir veya teminat altına alabilir.

SİGORTALI'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimi isteme veya SİGORTALI'yı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, SİGORTALI'nın geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin SİGORTACI tarafından ulaşılır olması kaydıyla SİGORTACI tarafından, aksi durumda SİGORTALI tarafından karşılanır.

İlk poliçe düzenlenmesi esnasında Beyan ve Bilgilendirme Formu üstünde yenilenmesi özellikle talep edilmeyen veya ödenmemiş prim borcu bulunan veya poliçe süresince hasar ödemesi almış olan veya tıbbi değerlendirme yapılmadan tanzim edilen poliçeler ile SİGORTACI tarafından hediye olarak bedelsiz düzenlenmiş poliçeler vade bitiminde otomatik olarak yenilenmez.

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı otomatik olarak yenilenmemiş poliçenin sahibi poliçenin vade sonu itibari ile 30 güne kadar kadar poliçesinin yenilenmesi için talepte bulunabilir. Bu süre içinde meydana gelen RİSK'ler için SİGORTALI'nın hakları saklı tutulur.

Ancak poliçe yenileme talebinin yapılacağı 30 günlük süre içerisinde öğrenilen rahatsızlık ve hastalığın başlangıcı, yenilenmesi istenen poliçenin vade sonuna kadar olan süre içinde meydana gelmiş ise SİGORTACI'nın bu RİSK'leri yeniden değerlendirme hakkı saklıdır.

Yenilemenin en geç önceki poliçenin vade sonu itibari ile 30 güne kadar yapılması gereklidir. Aksi durumda SİGORTACI'nın, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan RİSK'leri teminat altına almaması ile yenileme yapmama hakkı saklıdır.

Beyan ve Bilgilendirme Formu ile otomatik olarak yenileme talep eden SİGORTALI'lara ait poliçelerin yenileme teklifleri vade bitiminden 30 gün öncesinde oluşturulmakta ve otomatik yenileme talebinde bulunan SİGORTALI'lar, kişisel internet şubesi/SMS/Eureko Sigorta sağlık satış ekipleri kanalları ile bilgilendirilmektedir.

Poliçesi otomatik yenilenen SİGORTALI'ların istedikleri takdirde poliçelerini başlangıç tarihinden itibaren feshettirebilmeleri ancak poliçe vade başlangıç tarihinden sonra 30 gün içinde ve poliçede tazminat ödemesi olmaması kaydıyla mümkündür.

SİGORTALI'nın süresi bitmiş poliçeye tazminat talebi olması durumunda, SİGORTACI'nın bu talep ile yeni öğrendiği rahatsızlık/hastalıklar nedeniyle yeniden RİSK değerlendirme yapma hakkı poliçe otomatik yenilenmiş olsa dahi saklıdır.

SİGORTA ETTİREN'e ait otomatik yenilenecek poliçenin Sağlık Sigorta Poliçe bedeli tarife primi değişkenleri hakkında bilgilendirme, SMS ve/veya Müşteri İletişim Merkezi tarafından ses kayıtlarının saklandığı telefon ile Beyan ve Bilgilendirme Formu'nun elden teslimi veya formun e-mail yoluyla gönderimi ile yapılır.

Sağlık Sigorta Poliçe bedeli tarife primi değişkenleri hakkında genel hükümlerin yer aldığı Eureko Sigorta Özel Sağlık Sigorta Kitapçığı, kişiye özel tarife bilgilerinin yer aldığı poliçe ve bilgilendirme formu SİGORTACI tarafından yazılı veya elektronik olarak bilgilendirmesi yapılır. Sayılan bu genel ve özel hükümlere ait bilgiler kişiye özel olarak elektronik ortamda ayrıca paylaşılmaktadır.

SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık döneminde ortaya çıkmış herhangi bir rahatsızlık ve/veya hastalık için önceden karar verilmiş, SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI tarafından bilinmeyen bir muafiyeti var ise kişinin rahatsızlık/hastalıklarla ilgili durumunu beyan ettiği günden itibaren SİGORTACI, rahatsızlık ve/veya hastalıkları inceleyerek bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili rahatsızlık ve hastalıkları kapsam dışı bırakabilir.

9.2 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Poliçe giriş yaşı 59 ve altında olan ve kesintisiz 3 yıl sigortalılık süresini aynı ürün ve planda tamamlayan sigortalılar için SİGORTACI tarafından yapılan risk değerlendirmesi sonucuna göre poliçenin süresiz yenileneceğine dair verilen güvencedir.

ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ değerlendirmesi poliçe başlangıç tarihinde yapılır. Ara dönemde değerlendirme yapılmaz.

SİGORTACI, SİGORTALI'ya kesintisiz 3 yıl sigortalılık süresi tamamladıktan sonra, devam eden poliçedeki ve daha önceki sigortalılık sürecindeki sağlık durumunu değerlendirerek ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ vermeyi teklif eder.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi SİGORTALI'nın SGK'ya tabi olması ve SGK tarafından, Genel Sağlık Sigortası (GSS) yardımlarından yararlanabilme hakkının bulunuyor olması halinde geçerlidir. Bu sigorta sözleşmesi ile GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, GSS hak sahipliği aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

SİGORTACI, POLİÇE yenileme kararı aldığında mevcut ya da POLİÇE sürecinde oluşmuş RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili RAHATSIZLIK ve HASTALIK'ları kapsam dışı bırakabilir veya teminat altına alabilir.

ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ verilen SİGORTALI'nın bu güvenceyi kazandıktan sonra ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları için risk değerlendirme yapılmayacak, TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak, teminat ve limit kısıtlaması yapılmayacak, SÜRPRİM uygulanmayacaktır.

ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ kişinin POLİÇE planının aynı veya eşdeğeri devam etmesi halinde geçerlidir. Ancak SİGORTACI'nın her durumda tarife pirimini yeniden hesaplama hakkı saklıdır.

SİGORTALI'nın, HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak TEMİNAT kapsamına alınan hastalığının TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmasını istemesi ve bu talebin kabul edilmesi halinde ilgili RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK TEMİNAT kapsamı dışında bırakılır ve bir daha hastalık sürprimi için değerlendirilmez.

ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ değerlendirmesi poliçedeki her bir sigortalı için ayrı ayrı yapılır. Poliçedeki herhangi bir sigortalının bu güvenceyi alması poliçedeki diğer sigortalıların da bu güvenceyi otomatik olarak alabileceği anlamına gelmez.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirilmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ olsa dahi poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi Eureko Sigorta'nın anlaşmalı kurum ağında değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalıların ÖBYG verilme aşamasında uygulanmış olan hastalık sürprimi aynen uygulanmak kaydıyla her yenileme döneminde yürürlükte bulunan ürün liste tarifesi geçerli olacaktır.

Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan Sigortalıların poliçelerinin muadil teminatlarla yenilenmesinden sorumludur. Sigortacı ürün satışını durdurması durumunda, Sigortalının poliçesini muadil bir ürün ile yeniler.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne sahip Sigortalı'nın, bu hakkının korunabilmesi için devam eden ve sonraki poliçelerin aralıksız olarak muadil teminat yapısı ile yenilenmesi, primlerinin düzenli olarak ödenmesi gerekir.

Poliçe kapsamındaki Sigortalılardan birisinin yenilenmemesi ve sadece riskli olan ve poliçeyi daha fazla kullanan kişilerin tek başına yenilenmesi durumunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni değiştirme veya kaldırma hakkına sahiptir.

9.3 YENİLEME TARİHİNDEN ÖNCE DÜZENLENEN POLİÇELERDE UYGULAMA

SİGORTACI tarafından, yenilenmiş poliçelerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni poliçenin başlangıç tarihi arasında ortaya çıkan rahatsızlık/hastalıkların SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda SİGORTACI, yenileme koşullarını tekrar değerlendirerek, bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili rahatsızlık/hastalıkları kapsam dışı bırakabilir veya teminat altına alabilir.

SİGORTACI; yenileme dönemlerinde tüm SİGORTALI'lar için geçerli olmak üzere teminatları, teminat limitlerini ve teminatlara bağlı primleri özgürce belirleme ve işbu özel şartlarda değişiklik yapma haklarını saklı tutar. Sigortacı ürün satışını durdurması durumunda sigortalının poliçesini muadil bir ürün ile yenileyebilir ve sigortalının kazanılmış hakları saklı kalır.

9.4 POLİÇE/PLAN DEĞİŞTİRME

SİGORTALI, poliçe yenileme dönemlerinde SİGORTACI'nın diğer bir bireysel sağlık ürününün teminatı kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise SİGORTACI poliçe koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir.

Yenileme dönemlerinde, poliçe veya teminat planı değişiklikleri SİGORTACI'nın onayına bağlıdır.

SİGORTACI, poliçe veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın teklif formunda beyan ettiği bilgileri, rahatsızlık/hastalıkları inceleyerek bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili rahatsızlık/hastalıkları kapsam dışı bırakabilir veya teminat altına alabilir.

Her durumda plan ve ürün değişikliği isteyen SİGORTALI'nın mevcut poliçesindeki hakları bu poliçede aynen geçerli değildir. Ayrıldığı poliçedeki kazanılmış/kazanılmamış hakları devredilemez.

SİGORTALI, poliçe/plan değişikliği taleplerini poliçe başlangıç tarihi itibari ile en geç 60 gün içinde SİGORTACI'ya bildirmelidir.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 TARİFE PRİMİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Satışta olan ürünlerin bedelleri her bir yaş için SİGORTALI adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak hesaplanmış bedellerdir.

Tarife primi belirlenirken, Medikal Enflasyon (Türk Tabipler Birliği Hekimlik Uygulama Veri Tabanı (HUV) tarifesine bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, teşhis ve tedavi için kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları ve kapsamındaki değişiklikler, teknolojideki yeni gelişmelere bağlı olarak pahalı tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) sağlık enflasyon oranları, döviz kuru değişikliği ürün kâr-zarar durumu, reasürans maliyetleri, genel giderler, komisyon payı, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, kronik hastalıklardaki artışlar, tedavi frekansı değişiklikleri 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 maksimum tarife priminin 5 katı kadar arttırılabilir.

SİGORTALI'nın primine ilişkin düzenlemeler:

SİGORTALI'ların primleri, tarife primi üzerine yapılan indirim ve sürprimler ile belirlenir. SİGORTALI'nın kullanacağı kurumların niteliklerine göre network indirimi, ikamet ettiği ile göre bölge indirimi, aile indirimi, ödeme planı değişiklikleri, kişilere özel uygulanmış hastalık sürprimi primin artmasında veya azalmasında etken olabilmektedir.

SİGORTALI'nın poliçeyi kullanma sıklığı fiyata etki etmektedir. Bu üründe hasarlılık sürprimi uygulanmamaktadır. Ayakta tedavi ve doğum teminatı içeren poliçelerde hasar prim oranı %50'in altındaysa %10 hasarsızlık indirimi uygulaması yapılmaktadır. Yenilenen poliçelerde hasar prim oranının değişmesi durumunda fark prim zeyili yapılır.

Yenileme döneminde bir önceki poliçesinde mevcut olan hastalık sürprimi devam ettirilebilir ve/veya yeni hastalık sürprimi uygulanabilir. Hastalık nedeniyle uygulanan sürprim tüm hastalıklar için SİGORTALI bazında toplamda en fazla tarife primi üzerinden maksimum %300 uygulanabilir.

Her yenileme döneminde yukarıda ifade edilen bu RİSK parametreleri analiz edilerek poliçenin primi güncellenmektedir.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'nın evlenmesi yahut doğum halinde eşi veya SİGORTALI'nın yeni doğan bebeği; evlilik, evlat edinme veya doğum tarihinden itibaren en geç iki ay içerisinde (yeni doğan bebeklerin 14 gün sonra poliçe kapsamına alınabilmesi şartının saklı kalması, ek prim alınması koşuluyla) yürürlükte bulunan poliçe kapsamına, yeni SİGORTALI adayı için Sağlık Beyan Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilir.

SGK'ya tabi sigortalının 5510 sayılı kanunun 10. maddesinde sayılan eş ve çocuklar otomatik olarak poliçeye dahil değildir.

Bebek için uygulanan şartlar evlat edinilmesi durumunda da geçerlidir. Diğer durumlarda ise sadece yenileme döneminde poliçeye giriş başvurusu dikkate alınacaktır.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan poliçenin özel şart ve primleri geçerli olacaktır. Eş/çocukların poliçe başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde kişi başı alınacak prim; giriş tarihi itibari ile gün esaslı olarak hesaplanacaktır.

11.1 BAŞVURU FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SİGORTACI, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın teklif formunda, Müşteri İletişim Merkezi aracılığıyla alınan sesli görüşme kaydında ve elektronik olarak kimlik doğrulaması sonrası verdiği online beyan ettiği bilgileri, rahatsızlık/ hastalıkları inceleyerek bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili rahatsızlık/hastalıkları kapsam dışı bırakabilir veya teminat altına alabilir.

SİGORTACI, yenileme değerlendirme esnasında SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir.

11.2 SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın teklif formunda, Müşteri İletişim Merkezi aracılığıyla alınan sesli görüşme kaydında ve elektronik olarak kimlik doğrulaması sonrası verdiği online beyan ettiği bilgileri esas alarak kişileri sigortalar. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın kendilerine yöneltilen sorulara doğru cevap vermesi gerekmektedir.

"Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesi gereğince sağlık beyanında sorulmamış olsa dahi sigorta poliçesinden yararlanacak tüm sigortalılar, geçmiş ve mevcut rahatsızlık hastalıkları ilişkin sağlık durumu ile ilgili tüm bilgileri tam ve açık olarak Sigortacı'ya bildirmeleri esastır.

SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI yukarıda sayılan iletişim araçları ile verdiği beyanın geçerli olacağını kabul eder.

SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın, SİGORTACI'nın poliçeyi yapıp yapmamasını etkileyen hususlarda eksik veya yanlış beyan verdiğinin poliçe tanziminden sonra ortaya çıkması, mevcut bir hastalığını veya rahatsızlığını bildiği halde beyan etmediğinin veya poliçedeki teminatların kendi çıkarı için kullanımının tespit edilmesi halinde, SİGORTALI'ya verilmiş olan hizmetlerin karşılığı olan tüm tutarlar ve ödenen tazminatların tamamı SİGORTALI'dan tahsil edilecektir.

SİGORTACI Sağlık Sigortası Genel Şartları, Türk Ticaret Kanunu ve diğer ilgili düzenlemelerin kendisine verdiği haklar dahilinde mevcut hastalıklar/rahatsızlıklara istinaden poliçeyi sona erdirebilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir veya ilgili rahatsızlık/hastalıkları kapsam dışı bırakarak kalan teminatlarla poliçeyi devam ettirebilir. Ayrıca, başka bir şirketten poliçesi olması durumunda SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık döneminde ortaya çıkmış herhangi bir rahatsızlık/hastalık için beyanda bulunması esastır.

11.3 TEKLİF FORMUNDA BEYAN EDİLEN RAHATSIZLIK/HASTALIKLAR

SİGORTACI, teklif formunda, Müşteri İletişim Merkezi aracılığıyla alınan sesli görüşme kaydında ve elektronik olarak kimlik doğrulaması sonrası verdiği online beyan edilmiş ve/veya poliçe sürecinde meydana gelmiş rahatsızlıkları/ hastalıkları, RİSK değerlendirme döneminde yeniden değerlendirebilir.

Bu değerlendirme sonucunda, SİGORTACI, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın beyan ettiği bilgileri, rahatsızlık/ hastalıkları inceleyerek bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili rahatsızlık/hastalıkları kapsam dışı bırakabilir veya teminat altına alabilir.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

SİGORTALI'nın diğer bir sigorta şirketinden geçişi halinde SİGORTACI, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın teklif ve geçiş formunda beyan ve tespit edilen bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek Madde 11.1 kapsamında risk değerlendirme yapma hakkına sahiptir.

Diğer bir sigorta şirketinde muadil üründe kesintisiz 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması halinde hastalık bekleme süreleri kaldırılır. Doğum teminatı için hakdevri yapılmaz.

Diğer şirket poliçesi bitiş tarihi itibarı ile 30 günü aşan başvurular ilk iş olarak değerlendirilir, hastalık bekleme süresi uygulanır.

12.1 YENİLEME GÜVENCESİ DEVİR İŞLEMLERİ

Eureko Sigorta özel sağlık bireysel ve/veya grup muadili bir sağlık poliçesinden bu ürüne geçiş yapılıyor olması halinde kazanılmış haklar Madde 9.2'de belirlenen şartlar kapsamında risk değerlendirme yapılarak devredilir.

Diğer şirket poliçesinde YENİLEME GÜVENCESİ ve benzeri taahhütler verilmiş olsa dahi, 3 tam yıl sigortalılık süresini tamamlamış SİGORTALI'lara poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde başvurulması halinde risk analizi yapılarak Madde 9.2 de belirlenen şartlar kapsamında ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ verilebilir.

Başka sigorta şirketinden geçiş olması durumunda şirket poliçesi bitiş tarihi itibarı ile 30 günü aşan ve madde 9.2 koşulları sağlamayan kişilerde önceki sigorta şirketindeki ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ vb. kazanılmış haklar devam ettirilmemektedir.

Eureko Sigorta özel sağlık, bireysel, grup sağlık poliçesinden veya diğer sigorta şirketlerinden bu poliçeye yapılacak geçişlerde; Sigortalı'nın "Azami İyi Niyet Prensibi" ilkesine uygun davrandığı durumlarda, Sigortacı'nın değerlendirme sonucuna göre, Sigortalı'ya bu hakkı vermeme veya ek şartlarla (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb.) verme hakkı saklıdır. SigortacıI tarafından onaylanması halinde kazanılmış haklar geçerli olacaktır.

12.2 TEKLİF FORMUNDA BEYAN EDİLEN RAHATSIZLIK/HASTALIKLAR

SİGORTACI, teklif formunda beyan edilmiş RAHATSIZLIK'ları/HASTALIK'lara uyguladığı İSTİSNA/MUAFİYET'leri ve/veya POLİÇE sürecinde meydana gelmiş RAHATSIZLIK'ları/HASTALIK'ları POLİÇE'nin yenileme dönemlerinde yeniden değerlendirilebilir.

Bu değerlendirme sonucunda, SİGORTACI İSTİSNA/MUAFİYET'i devam ettirebilir, teminatları için sınırlandırma (limit) vererek ya da HASTALIK SÜRPRİM'i alarak ya da almayarak bu RAHATSIZLIK/ HASTALIK'ları teminat altına alabilir.

12.3 RİSK DEĞERLENDİRME DÖNEMİ ÖNCESİNE AİT RAHATSIZLIKLAR/HASTALIKLAR

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalanma tarihinden önceye dayandığı tespit edilen ve SİGORTALI tarafından beyan edilmemiş RAHATSIZLIK'lar önceki sigorta şirketinde ödenmiş olsa dahi kazanılmış hak kapsamına girmez, bu RAHATSIZLIK'lar için SİGORTACI'nın risk analizi yapma hakkı saklıdır.

Başvuru aşamasında SİGORTALI'nın beyan etmekle yükümlü olduğu halde beyan edilmemiş RAHATSIZLIK'lar/HASTALIKLAR için SİGORTACI durumu öğrendiği tarihte ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ kazanmış olsa dahi risk analizi yapma ve poliçeyi yeniden değerlendirme hakkı saklıdır.

Bu durumda SİGORTACI beyan edilmeyen HASTALIK'larla bağlantılı olarak, MUAFİYET, teminatları için sınırlandırma (limit) vererek ve/veya HASTALIK SÜRPRİM'i uygulama ve teminat limitlerini belirleme haklarına sahiptir. Bu uygulama, YENİLEME GÜVENCESİ 'nin başladığı poliçeler için de geçerlidir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Sigorta sözleşmesi kanunda ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda yazılı hallerde taraflarca süresinden önce fesih edilebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olsa dahi bir sigorta dönemi içinde sigortacı, prim alacağı için SİGORTA ETTİREN'e ihtar göndermişse, sigorta süresinin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Fesih bildirimi, sebebi de belirtilerek noter aracılığıyla veya iadeli taahhütlü mektupla ya da yürürlükteki mevzuatın imkan verdiği diğer bir yöntemle yapılır.

Poliçenin tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde fesih talebinde bulunulması halinde, rizikonun gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak iade edilir.

13.1 SİGORTALI'NIN İSTEĞİ İLE POLİÇE FESHİ/SİGORTALI'NIN POLİÇEDEN ÇIKIŞI

SGK kapsamında genel sağlık yardımlarından yararlanma hakkını sürekli veya geçici olarak kaybeden SİGORTALI'lar isteğe bağlı olarak Eureko Sigorta poliçesinin feshini isteyebilir.

SİGORTALI'nın poliçenin feshini istemesi durumunda, tazminat ödemesi yok ise gün esaslı poliçe feshi gerçekleştirilir.

İptal nedeniyle SİGORTA ETTİREN'e iade edilecek gün esaslı tutar, SİGORTACI'nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

• SİGORTALI'ya ödenen tazminatlar, SİGORTACI'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa SİGORTA ETTİREN'in ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek SİGORTA ETTİREN'e iade edilir.

• SİGORTALI'ya ödenen tazminatlar, SİGORTACI'nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak SİGORTA ETTİREN'in ödediği primleri aşmıyorsa tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek SİGORTA ETTİREN'e iade edilir.

• SİGORTALI'ya ödenen tazminatlar, SİGORTACI'nın hak kazandığı prim tutarını ve SİGORTA ETTİREN'in ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

• Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, SİGORTACI'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen SİGORTALI çıkışı taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

13.2 SİGORTALI'NIN POLİÇE SÜRESİ İÇİNDE VEFATI

SİGORTALI'nın bir hastalık veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, poliçenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde tazminat talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

SİGORTACI, tazminatın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle prime hak kazanmış olur. Tazminat ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre prim iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN olması halinde, prim iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

13.3 PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK

Sigorta priminin tamamının taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa, aksi kararlaştırılmadıkça peşinatın (ilk taksitinin) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir.

Poliçede belirtilen prim veya ilk taksitin tamamı ödenmediği takdirde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi, SİGORTACI'nın sorumluluğu başlamaz.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa, poliçe üzerinde ödeme zamanı ve miktarı yazılı prim taksitlerinin herhangi biri zamanında ödenmediği durumda SİGORTACI poliçeyi TTK 1434. Maddesi ve Genel Şartlar'da belirtilen şekilde feshetme hakkına sahip olur.

SİGORTALI / SİGORTA ETTİREN'in Eureko Sigorta poliçesinin prim borcunu ödememesi nedeniyle poliçenin iptal veya fesih olması veya herhangi bir nedenle sigortalılık süresinin kesintiye uğraması durumunda, SİGORTACI'nın SİGORTALI'ya kazanılmış haklarla ilgili vermiş olduğu taahhüdü son bulur.

Sözleşmenin feshedilmesi halinde, SİGORTACI'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim, gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası prim ödeyene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek SİGORTACI'ya ödenir.

14. POLİÇE SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Poliçenin SİGORTA ETTİREN veya SİGORTACI tarafından yenilenmeyecek olması veya ilgili RİSK için muafiyet uygulanması durumunda sürmekte olan yatarak tedaviler poliçe bitiminden itibaren en fazla 10 gün boyunca teminat dahilindedir. Ancak poliçenin başka bir sigorta şirketinden yenilenmesi halinde teminat poliçe bitim tarihi itibariyle sona erer, 10 gün hükmü uygulanmaz, tedavinin devamı ödenmez.

15. RÜCU HAKKI

SİGORTACI ödediği tazminat tutarınca SİGORTALI'nın sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. SİGORTACI ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

SİGORTA ETTİREN ve SİGORTALI, SİGORTACI'nın açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

SİGORTACI'nın, SİGORTALI adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi doğrudan SİGORTALI'dan talep hakkı bulunmaktadır.

SİGORTALI'nın ve/veya tedaviyi düzenleyen sağlık kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. SİGORTACI'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle SİGORTACI'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

16. KONTROL YETKİSİ

SİGORTACI, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde SİGORTALI'yı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca sigorta süresi öncesinde ve SİGORTALI olunan sürece SİGORTALI'yı tedavi eden tüm doktor, sağlık kurumu ve üçüncü şahıslardan SİGORTALI'nın tetkikleri ve tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına sahiptir. SİGORTALI, SİGORTACI'ya ve/veya tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kurumlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. SİGORTACI kendi adına gerçekleşen giderleri incelemek/inceletmek için bağımsız temsilciler atayabilir.

17. GİZLİ BİLGİ VE TİCARİ SIR

İşbu sözleşme ve ek protokol şartları ile ilgili olarak; taraflardan birinin kendisi, temsile yetkili kişileri, işçileri, acenteleri ve/veya çalışanlarınca diğer tarafın kendisi, temsile yetkili kişileri, işçileri, acenteleri ya da çalışanlarına açıklanan her türlü fiyat, iş, metot, ilerleme, marka, ticari sır vb. yasal korumaya konu olmasa bile diğer her türlü yenilik ve tarafların aralarındaki ticari ilişki esnasında yazılı ya da sözlü yoldan öğrenecekleri tüm bedel, ticari, mali ve teknik bilgiler, gizli bilgi ve ticari sır olarak kabul edilir.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla SİGORTALI'nın erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilmesi ile RİSK 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 (SBM)'nden, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, 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 SBM, 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.

Sigorta Şirketi ilgili mevzuat kapsamında istenen bilgileri Sağlık Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SBM) iletir; SİGORTALI hakkında bilgi sahibi olan hekimlerden, sağlık kuruluşlarından, sigorta şirketi ya da diğer kişi ve kuruluşlardan (Sigorta Bilgi Merkezi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu vb.) sağlık durumu ile ilgili her türlü kayıtları temin edebilir.

18. ANLAŞMAZLIKLAR

Taraflar arasında işbu sözleşmeye ilişkin oluşabilecek anlaşmazlıkların sulh yoluyla çözümünün mümkün olmaması halinde her türlü anlaşmazlığın çözümünde İstanbul – Çağlayan Mahkeme ve İcra Daireleri yetkilidir.

19. BİLDİRİMLER

İşbu sözleşme gereğince tüm bildirimler belirtilen taraf adreslerine noter kanalıyla veya taahhütlü mektup ile yapılır. Bu adresler tarafların yasal tebligat adresleri olarak kabul edilecektir.

Sigortacı, sözleşmenin yenilemesine ilişkin sigorta ettirene, yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması ilişkin sigortalıya şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alarak yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmazsa sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

20. YAPTIRIMLAR

SİGORTACI'nın sağladığı teminatın, ödemekle yükümlü olduğu tazminatın veya SİGORTALI'ya sigorta sözleşmesi ile sağlanan menfaatin, SİGORTACI'yı, Birleşmiş Milletler tarafından alınan yaptırım, yasaklama, kısıtlama kararları ve/veya SİGORTACI'nın tabi olduğu herhangi bir ticari veya ekonomik yaptırım, kanun, yönetmelik kapsamında yasaklanan bir fiile maruz bırakması halinde, SİGORTACI ilgili teminatı sağlayamayacak, herhangi bir tazminat ödemekle yükümlü olmayacak veya SİGORTALI'ya ilgili sigorta menfaatini sunamayacaktır.

SİGORTACI, RİSK'li ve MASAK takibinde olan ülkelerde yapılan tıbbi harcamalar için, SİGORTALI'ya yapılacak geri ödemelerde SİGORTALI'yı tedavi eden doktor, sağlık kurumu ve üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, Türkiye Cumhuriyeti dahilinde hekimlik mesleğini icra eden ilgili alan uzman hekimlerinden SİGORTALI'yı muayene ettirerek, ikinci görüş aldırabilecektir.

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğu sigorta ilişkisinde üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermesi durumunda, tazminatı alamama veya eksik alma hâlleri ortaya çıkabileceği ve hakkında Türk Ceza Kanunu 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde değerlendirilecektir.