

EUREKO MEDİKO BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Değerli Sigortalımız,

Sizi aramızda görmekten mutluluk duyuyoruz.

Elinizde bulunan bu kitapçık, almış olduğunuz **EUREKO MEDİKO BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI** ürünümüz ile ilgili olarak ihtiyacınız olan bilgileri kapsamaktadır.

Poliçeniz, özel şartların yanı sıra Sağlık Sigortası Genel Şartlarına 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 sorularınızı iletmek ve hızlı hizmet almak için **ALO EUREKO 0850 222 66 60**'tan bizi 7 gün 24 saat arayabilirsiniz.

Sağlıklı günler dileriz.

EUREKO MEDİKO BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

Bu özel şartlar SİGORTACI ile SİGORTA ETTİREN arasında imzalanan Bireysel Sağlık Sigortası'nın ayrılmaz bir parçasıdır.

1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu ürün; POLİÇE dönemi içerisinde gerçekleşecek SİGORTALI'ya ait tanı ve tedavi harcamalarını ve POLİÇE'de vadedilen hizmetleri SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI, ÖZEL ŞARTLAR ve POLİÇE üzerinde belirtilen teminat, limit ve ödeme yüzdelerine göre karşılar. Teklif formunun ekinde yer alan sağlık beyanı SİGORTACI tarafından değerlendirilerek teminatlar, limitler ve tazminat ödeme yüzdeleri belirlenecektir.

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Yurtdışı teminatı varsa poliçede belirtilir ve REFERANS FİYATLAR dahilinde belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu üründe gündelik bakım, gündelik iş görememe parası, deprem teminatları ve tercümanlık giderleri kapsam dışıdır.

23.10.2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinde tarif edilen ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ bu üründe verilmemektedir. Ancak eğer varsa özel şartlar Madde 9.2 ve Madde 9.3 de belirtildiği şekilde 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ veya SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ mevcuttur.

2 TANIMLAR

2.1 DOKTOR

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

2.2 HASTALIK

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

2.3 RAHATSIZLIK

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

2.4 MEVCUT HASTALIK/RAHATSIZLIK

POLİÇE'nin başlangıcından önce meydana gelmiş tanısı konmuş ya da konmamış tüm RAHATSIZLIK'lar ve/veya HASTALIKLAR'dır.

2.5 TIBBİ ZORUNLULUK

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.

2.6 DENEYSEL VE ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/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 çalışmanın yayınlanmamış olması,
- 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 görmüş olmayan,
- 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 RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol (check-up) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilmiş işlem veya gereçler.

2.7 SAĞLIK HARCAMALARI

POLİÇE süresi dahilinde teminat verilen RİSK'in gerçekleşmesi halinde, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan ve DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (İstem, Reçete) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

2.8 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.

2.9 ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

www.eurekosigorta.com.tr adresinde "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan ve ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane olarak sınıflandırılmış sağlık hizmeti veren özel ve/veya tüzel kişiler ile SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu DOKTOR'ları kapsamaktadır.

Devlet hastaneleri ve devlete ait üniversite hastaneleri doğrudan ödeme sürecine bağlı olmamakla birlikte anlaşmalı olarak değerlendirilmektedir.

Eureko Sigorta "Anlaşmalı Kurum Listesi"ni değiştirme hakkını saklı tutar. Güncel anlaşmalı kurum listesine www.eurekosigorta.com.tr adresinden ya da ALO EUREKO 0 850 222 66 60 numaralı çağrı merkezine ulaşılabilir.

Sigortalı, dilediği kişi ve kurumlardan hizmet almakta serbesttir. Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları 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. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetleri ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumludur. Alınan hizmetin bedeli poliçede belirtilen şartlarda tazmin edilir.

2.10 ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMU / HİZMET SUNUCUSU

Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer almayan özel ve tüzel kişiliklerle, anlaşmalı sağlık kurumu bünyesinde çalışmasına rağmen anlaşma şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen doktorlar, ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, 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 DOKTOR'lar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu olmakla birlikte, SAĞLIK GİDERİ'nin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan sağlık hizmet sunucuları anlaşmasız kurum olarak sınıflandırılır.

2.11 REFERANS FİYATLAR

Yurt dışı tazminat ödemeleri, anlaşmalı kurumların en yüksek fiyatlı olanındaki birim fiyatlar baz alınarak değerlendirilir.

2.12 DOĞRUDAN ÖDEME

Anlaşmalı sağlık kurumunda önceden onayı verilmiş sağlık harcamasının, SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ilgili kuruma ödenmesidir.

2.13 SONRADAN ÖDEME

Sağlık harcamalarının SİGORTALI tarafından sağlık kurumu ve/veya doktora ödenmesi halinde, SİGORTALI "Sağlık Gider Formu" ve bu özel şartlarda tazminat ödemeleri kısmında belirtilmiş olan diğer evraklarla SİGORTACI'dan talep edebilir. Talep SİGORTACI tarafından yapılan değerlendirme sonucu SİGORTALI'nın talep ettiği hesap numarasına onaylanan tutarda ödenir.

2.14 PRİM

SİGORTACI'nın üstlendiği RİSK'e karşılık gelen ücrettir.

2.15 RİSK

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

2.16 SİGORTA ŞİRKETİ/SİGORTACI

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

2.17 SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesinin tarafı ve prim ödeme yükümlüsüdür.

2.18 SİGORTALI / SİGORTALILAR

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş, POLİÇE yılı içerisinde en az 6 ay Türkiye'de yerleşik, sigorta sözleşmesinden tazminat talep etmek hakkı bulunan ve başvuru tarihinde 18 ile 59 (dahil) yaş arasında olan gerçek kişiler.

2.19 EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

2.20 ÇOCUK / ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayetinde olan çocukları.

14 günden büyük 18 yaşından küçük çocukların sigortalanması için ebeveyn veya yasal varislerden en az bir tanesinin şirketimizden SİGORTALI olması gerekmektedir. Yaş; sigorta başlangıç yılından doğum yılının çıkarılması ile hesaplanır (ay ve gün dikkate alınmaz.)

Yenidoğan bebekler için, doğumu takiben 14.günden itibaren sağlık beyanı incelenmek ve ayrı bir prim ödemek koşulları ile sigortalanmak üzere başvuru yapılabilecektir. Bebek için uygulanan şartlar evlat edinilmesi durumunda da geçerlidir.

2.21 SİGORTA POLİÇESİ

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

2.22 TARİFE

Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından yayınlanarak T.C. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren tarifedir.

2.23 TAZMİNAT

Sağlık harcamalarının; TEMİNATLAR kapsamınca ve POLİÇE’de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde ödenmesidir.

2.24 TEMİNATLAR

SİGORTACI’nın, sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI’ya, RİSK’lere karşı vermiş olduğu, POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

Özel şartlar ve varsa ek protokolle TEMİNATLAR ayrıca belirtilmiştir.

2.25 TAZMİNAT / PRİM ORANI

Bir POLİÇE döneminde oluşan sağlık harcamalarının toplam PRİM’e oranıdır.

2.26 YENİLEME

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

2.27 YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde, provizyon merkezinde veya POLİÇE ekinde belirtilmiş anlaşmalı sağlık kurumlarındaki Eureka Ofislerinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetkilendirilmiş doktorlardır.

2.28 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.

2.29 ANLAŞMASIZ KURUM LİMİTİ

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

2.30 İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya SİGORTA SÜRESİ içerisinde meydana gelen risklerin (RAHATSIZLIK’ların/HASTALIK’ların) SİGORTACI tarafından değerlendirilmesi ve buna bağlı olarak ilgili RİSK için teminat verilmemesidir.

2.31 HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya SİGORTA SÜRESİ içerisinde meydana gelen risklerin (RAHATSIZLIK’ların/HASTALIK’ların) SİGORTACI tarafından değerlendirilmesi ve buna bağlı olarak RİSK için belli bir oranda ek PRİM ilave edilerek teminat altına alınmasıdır.

2.32 MUAFİYET

Tazminatın ödenmesi sırasında, poliçede belirlenen sağlık harcamalarının sigortalının üzerinde kalan bölümüdür.

2.33 BAĞIMLI

Bu sözleşmenin maddeleri uyarınca sigortalı kişinin sigorta kapsamına alınan eşi, 18 yaşına kadar olan ve 18-24 (dahil) yaş arasında öğrenci olup evlenmemiş çocukları, üvey ve kanuni yoldan evlat edindiği çocuklarıdır.

2.34 SİGORTA SÜRESİ

Sigorta süresi poliçede gösterilen başlangıç ve bitiş tarihleri olarak 1 yıldır. Teminat süresi ise ilk primin ödenmesinden itibaren başlar.

2.35 SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

www.tsb.org.tr ya da www.hazine.gov.tr den ulaşılabilen, hazine müsteşarlığı tarafından yayınlanan tüm sağlık sigortalarını kapsayan kural ve şartlardır.

2.36 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ

İşbu özel şartlar madde 9.2 ile ayrıntıları tarif edilen poliçenin her yıl yenilenme esaslarıdır.

2.37 SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ

İşbu özel şartlar madde 9.3 ile ayrıntıları tarif edilen poliçenin her yıl yenilenme esaslarıdır.

2.38 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

23.10.2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinde tarif edilen şekli ile POLİÇE’nin her yıl yenilenme esaslarıdır. Ayrıntıları özel şartlar madde 9.4 de tarif edilmektedir.

2.39 EUREKO BEBEĞİ GÜVENCESİ

İşbu özel şartlar madde 9.5 ile ayrıntıları tarif edilen poliçenin her yıl yenilenme esaslarıdır.

2.40 SUT (SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ)

Sosyal Güvenlik Kurumunca (SGK) 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 Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerdir.

2.41 ACİL DURUM

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, önemli bir tıbbi sorun olduğuna dair haklı bir tıbbi görüşe yol açan ve daha sonra hastaneye yatırılın veya yatırılmasın, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur.

Bu poliçede ACİL DURUM'lar olarak kabul edilebilecek sağlık durumları: MEDİKAL EKİP tarafından onaylanmış ve/veya aşağıda belirtilmiş olan durumlardır.

- 1. Akut Batın:** Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, bağırsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, bağırsak ya da periton arterlerinde tıkanma vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması
- 2. Akut Masif Kanamalar:** Ani ortaya çıkan ve kısa süren aşırı kanamalar ve travma sonucu ortaya çıkan iç organ, ekstremiteler kanamaları gibi hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar
- 3. Ani Felçler:** Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini veya hissetme kabiliyetini yitirmesi (Periferik, merkezi sinir sistemini ilgilendirmeyen yüz felci hariçtir)
- 4. Astım Krizi ve Akut Solunum Problemleri:** Geçirilmekte olan astım krizi, ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, alerjik reaksiyon, solunum yolu yanıkları
- 5. Ciddi Alerji Anafilaktik Tablolar:** Hastayı şoka sokan alerjik durumlar (Örn: Penisilin alerjisi)
- 6. Ciddi Genel Durum Bozukluğu:** Kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları
- 7. Ciddi Göz Yaralanmaları:** Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, künt travma ya da kimyasal madde teması
- 8. Ciddi İş Kazaları, Uzuv Kopmaları:** Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen veya tamamen kopması
- 9. Ciddi Yanıklar:** Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları, solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması, ikinci derece güneş yanıkları
- 10. Diyabetik ve Üremik Koma:** Diyabet (şeker hastalığı) ve böbrek yetersizliğinin neden olduğu bilinç bulanıklığından başlayıp tam bilinç kaybına (koma) kadar girebilecek durumlar
- 11. Donma, Soğuk Çarpması:** Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması
- 12. Elektrik Çarpması:** Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları
- 13. Isı Çarpması:** Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları
- 14. Kalp Krizi ve Ritim Bozuklukları, Ağır Hipertansiyon Krizleri:** Geçirilmekte olan kalp krizi, acil tedavi gerektiren kalp ritmi bozukluğu türleri, kan basıncının beyin kanaması vb. ciddi durumlara yol açabilecek derecede yükselmesi, poliçe öncesinde mevcut koroner arter hastalığı, yüksek tansiyon veya ritim bozukluğu olanlarda istisnadır.
- 15. Menenjit (Beyin Zarı İltihabı), Ensefalit (Beyin İltihabı), Beyin Apsesi:** Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar
- 16. Kusma ve Şuur Kaybıyla Beraber Olan Baş Ağrıları:** Şiddetli baş ağrısı ve kusmanın bir arada olduğu nedeni bilinmeyen durumlar, baş ağrısını bilinç kaybının takip ettiği durumlar
- 17. Omurga ve Ekstremiteler Kırıkları:** Büyük dış veya iç kanamaya yol açan kırıklar ve her türlü omurga kırıkları
- 18. Renal Kolik (Böbrek ve İdrar Yolları Sancısı):** Böbrek taşlarının yol açtığı, ilerlemesi durumunda idrar yolu ya da böbrek hasarına yol açabilecek şiddetli ağrı oluşturan durum
- 19. Suda Boğulma:** Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumunda bozulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar
- 20. Şuur Kaybına Neden Olan Durumlar:** Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması vb. durumlar (epilepsi hariçtir)

- 21. Ateşli Silah ve Kesici Delici Alet Yaralanmaları:** Sabotaj, kavga vb. durumlarda kendisinin olayın hazırlıyıcısı ya da tarafı olmadığı kazaen mağdur durumda kaldığı hallerde geçerli.
- 22. Yüksek Ateş:** Zehirlenme, enfeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvilyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi (39,5 derece üzeri)
- 23. Ağır Zehirlenmeler:** Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan ya da ilerleyen saatlerde bozma ihtimali yüksek olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin ve iyonizan ışınların cilde teması ya da zehirli gazların solunması

3 TEMİNATLAR

3.1 ANA TEMİNATLAR

3.1.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

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

- Doktor,
- Asistan,
- Anesteziist,
- Yatak/Konaklama,
- Doktor tarafından tedavi için gerekli görülmüş ilave masraflar,
- İlaç,
- Hastalık veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli tıbbi malzemeler,
- Yoğun bakım giderleri POLİÇE'de belirtilen yatarak tedavi teminatı kapsamında limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Yatarak tedavi teminatları için POLİÇE yılı içerisinde toplam hastane kalış süresi 180 gün, ömür boyu hastanede kalış süresi 720 gün ile sınırlıdır. Toplam hastanede kalış süresi hesap edilirken yoğun bakımda kalınan her gün 2 gün kabul edilir.

3.1.1.1 AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri yatarak tedavi teminatları kapsamında karşılanır.

Diş hekimleri, ağız ve çene cerrahisi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatlar Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır.

Sadece trafik kazası nedeni ile meydana gelen "travmatik yaralanma" sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlar ve küçük cerrahi işlemler bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak aksi belirtilmedikçe trafik kazası dahil tüm travmatik yaralanmalar sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat belirlenir.

Aynı seansta aynı kesi ile bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'ye göre 1. ameliyat için listedeki birimin %100'ü, 2. ameliyat için listedeki birimin %50'si, 3. ameliyat için listedeki birimin %25'i, 4. ameliyat ve daha sonraki ameliyatlar için listedeki birimin %12.5'i uygulanır.

Aynı seansta ayrı kesi ile bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'ye göre 1. ve 2. ameliyatlar için listedeki birimin %100'ü, 3. ameliyat için listedeki birimin %50'si, 4. ameliyat ve daha sonraki ameliyatlar için listedeki birimin %25'i uygulanır.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda ilgili hastane ve operatör giderleri için toplam faturanın ya da kapsama girmeyen harcamaya ait faturanın da ayrıca ibraz edilmesi kaydıyla TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

Aynı kesi altında yapılsa bile bademcik (tonsillektomi), konka (konka rezeksiyonu) gibi bir arada birkaç parça şeklinde bulunan (sağ/sol) organların ameliyatları tek ameliyat kabul edilir.

Anlaşmalı sağlık kurumlarında verilen yatış onayları süresiz değildir. Verilen yatış onayı yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve POLİÇE'nin yürürlükte olması kaydı ile geçerlidir. Sigortalının belirtilen süreden sonra hastaneye yatırılması durumunda yeniden provizyon alınması gereklidir.

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

3.1.1.2 AMELİYATSIZ TEDAVİ

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 SAĞLIK GİDERLERİ, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahede), Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı'ndan karşılanır.

3.1.1.3 EVDE BAKIM

(ELİT üründe geçerlidir. PLUS ve PRİME ürünlerinde geçerli değildir.)

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 evde tıbbi bakım hizmet giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Evde tıbbi bakım hizmeti verecek özel veya tüzel kişinin SİGORTACI tarafından onaylanması gerekmektedir.

3.1.1.4 OPERASYON SONRASI FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

SİGORTACI tarafından karşılanan Ameliyat sonrası gerekli görülen fizik tedavi ve rehabilitasyon harcamaları, taburcu olunduktan sonra 60 gün içerisinde başlayan işlemlerin yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen Operasyon Sonrası Fizik Tedavi Teminatı'ndan, limit ve ödeme yüzdesi dahilinde ödenir.

3.1.2 KÜÇÜK CERRAHİ VE TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması (işlem öncesinde tanıya yönelik yapılan röntgen, BT (Bilgisayarlı Tomografi) gibi işlemler dahil), yabancı cisim çıkarılması, yanık/yara debridmanı ve pansumanı, burun tamponu uygulama, pansuman, enjeksiyon, serum takılması, kulak yıkama, oksijen verilmesi, abse drenajı, mide yıkama, lavman, sonda takma, tırnak çekme, her türlü koterizasyon, her türlü küretaj, kriyoterapi uygulaması, condiloma koterizasyonu, her türlü ağrı tedavisine yönelik girişimler, somnoplasti, kist ponksiyonu, lenf bezi ponksiyonu/aspirasyonu, lenf bezi eksizyonu, tetik nokta/tendon kılıfı/ligament enjeksiyonu, eklem içi enjeksiyon uygulaması ve derinin tüm iyi huylu tümörler ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık giderleri bu kapsamda değerlendirilir.

POLİÇE kapsamındaki bahsi geçen işlemlerin bu teminat altında değerlendirilmesi için yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın TARİFE'deki değeri dikkate alınır ve POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde tazminat ödemesi yapılır. İşlemin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (operasyon öncesi standart ve mutlak gerekli kan tahlilleri bu kapsamdadır) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminatı belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

3.1.3 KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİYALİZ

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, DOKTOR ücreti), Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Teminatı kapsamında karşılanır.

3.1.4 KEMOTERAPİ - RADYOTERAPİ - DİYALİZ İÇİN TETKİK

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin kontrol ve takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde karşılanır.

3.1.5 AMELİYAT TAZMİNAT TEMİNATI

Sigorta teminatları kapsamında olmasına karşın, SİGORTALI tarafından tazmini talep edilmeyen cerrahi operasyonlar için, SİGORTACI (gerekli belgelerin sağlanması ile) TTB tarifesindeki tutarı kadar nakit ödeme yapacaktır. Birden fazla cerrahi işlem yapılmış ise sadece TTB birimi en yüksek olan işlem için ödeme yapılır.

3.1.6 GÜNDELİK TAZMİNAT

Hastanede yatış nedeni olan RAHATSIZLIK ve / veya HASTALIĞIN poliçe sözleşmesinin teminatları altında yer alması ve masrafların SİGORTACI tarafından ödenmemesi şartıyla, ameliyatsız tedaviler dolayısı ile hastanede kalınan her bir gece için poliçede belirtilen limit dahilinde Gündelik Tazminat ödenir. Cerrahi müdahalenin söz konusu olduğu ve ameliyata ait bedelin SİGORTACI'dan talep edilmediği (Ameliyat Tazminat Teminatı ayrıca kullanılabilir) hallerde, hastane kalış süresinin 10 günü aşan her bir günü için poliçe üzerinde belirtilen Gündelik Tazminat limiti kadar tazminat hakkı doğar.

3.1.7 YAPAY UZUV

Estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak gibi uzuvlar ile vücuda implante edilen ve SİGORTA SÜRESİ içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan cihazlar DOKTOR raporuyla belgelenmesi ve YETKİLİ DOKTOR'un onaylaması koşulu ile olay tarihinde yürürlükte bulunan POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.8 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 ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler, aşı botu, eklem stabilizasyon ortezi, bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.9 KAZA SONUCU VEFAT VE SÜREKLİ SAKATLIK

Bu TEMİNAT, poliçe kapsamında sigortalanan ve yaşları 20-64 arasında olan SİGORTALI'nın bir kaza sonucu vefat etmesi veya sürekli sakat kalması halinde ilişik Ferdi Kaza Sigortası Genel ve Özel Şartları çerçevesinde ve poliçede belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

3.2 İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

3.2.1 AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, DOKTOR muayene, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen limitler ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.2.1.1 DOKTOR MUAYENE

SİGORTALI'nın bir travmatik yaralanma veya RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, klinik, özel muayenehane, acil durumlarda evde, DOKTOR tarafından yapılacak muayeneleri ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Klinik branş hekimlerinin muayene sırasındaki ultrason incelemeleri karşılanmaz.

3.2.1.2 İLAÇ VE AŞILAR

DOKTOR tarafından SİGORTALI'nın tedavisi için gerekli görülen ilaçlar ile ilgili giderler POLİÇE özel şartları dahilinde en fazla 30 günlük doz olacak şekilde, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Ancak tedaviyi üstlenen DOKTOR tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen ilaçlar, POLİÇE özel şartları dahilinde, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması halinde en fazla 60 günlük dozlar halinde REÇETE edilebilir.

Reçete tarihi ve ilaçların alınma tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili ilaç gideri tazmin edilmeyecektir.

0-6 yaş çocukların rutin aşıları; 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su Çiçeği, BCG (verem), ayrıca 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 3 doz Rotavirüs, (mevcut Sağlık Bakanlığı protokolü uygulanır) ve 9-18 yaş için 3 doz HPV (Human papillomavirüs) aşısı olarak belirlenmiştir. Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri ise, FDA onaylı olması, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR'un onay vermesi koşuluyla, ilgili TEMİNATLAR kapsamında karşılanır.

3.2.1.3 LABORATUVAR TETKİKLERİ VE RÖNTGEN

Bir hastalığın tanısı için DOKTOR tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri ile, röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG (Elektrokardiyografi), EEG (Elektroensefalografi), EMG (Elektromiyografi) gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

3.2.1.4 FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

3.2.1.5 İLERİ TANI

BT (Bilgisayarlı Tomografi), doppler ultrasonografi, EKO (Ekokardiyografi), eforlu EKO, holter, MR, nükleer tıp ve her türlü biyopsiler (smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak olanlar) bu teminatın kapsamındadır.

Anjiyografiler (sadece kardiyak anjiyografi, Yatarak Tedavi Teminatı içerisinde değerlendirilir) ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi gibi endoskopik tetkikler ve bu işlemler dahilinde yapılan biyopsi ve gerekli diğer ilaç ve tıbbi malzemelerle ilgili giderler, hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın İleri Tanı

kapsamında karşılanır.

Karaciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TARİFE'deki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır.

Yukarıda belirtilmeyen diğer tüm tanı yöntemlerine ait giderler ise, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilmektedir.

3.2.1.6 HAMİLELİK VE DOĞUM

(ELİT üründe geçerlidir. PLUS ve PRİME ürünlerinde geçerli değildir.)

Hamilelik ve Doğum Teminatı, 18 ile 44 yaş arası bayan SİGORTALI /SİGORTALILAR için ve sadece ELİT üründe geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (bebek ile ilgili harcamalar hariç), doğuma ve/veya hamilelik komplikasyonlarına bağlı tedaviler POLİÇE'de teminat var ise belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.

Dış gebelik (ektopik gebelik) yatarak tedavi kapsamında değerlendirilir.

Gebelik ile ilgili rutin tetkik ve takip giderlerine ilişkin katılım oranları POLİÇE'de belirtilir ve bu giderler Hamilelik ve Doğum Teminatı limiti içinde değerlendirilir.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar da Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.

Hamilelik ve doğum ile ilgili giderler poliçe başlangıcından 5 ay sonra hamileliğin başlamış olması koşulu ile poliçe kapsamına girer.

SİGORTALI doğumu gerçekleştireceği POLİÇE'de plan değişikliği yapamaz bir önceki yıllık POLİÇE planı ve teminatları devam etmelidir. Eğer plan değişikliği söz konusu olur ise, tazminat reddedilebilir ya da bir önceki POLİÇE dönemindeki teminatlarının limiti dahilinde ödeme gerçekleştirilebilir. Kişinin bir önceki yıl POLİÇE döneminde doğum teminatı yok ise, doğum teminatına hak kazanması için doğum teminatı olan POLİÇE'de 5 ay tamamlamış olması gerekmektedir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı sadece Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

3.2.1.7 BABALIK TEMİNATI

(ELİT üründe geçerlidir. PLUS ve PRİME ürünlerinde geçerli değildir.)

Erkek SİGORTALI'ların, babalık teminatı bulunan bireysel sağlık poliçesinde en az 5 ay devam etmesi ve eşlerinin de Doğum ve Hamilelik Teminatı'na hak kazandığı bir Eureka Bireysel Sağlık poliçesinde bulunması durumunda, bebeğin doğum raporu ile poliçede belirtilen babalık teminatına hak kazanılır.

Babalık teminatı yeni baba olan SİGORTALI babaya bebeğin doğum raporu ile SİGORTA ŞİRKETİ'ne başvurması halinde poliçe üzerinde belirtilen teminat limiti kadar defaten nakit ödeme yapılır.

3.2.1.8 YENİDOĞAN DESTEK TEMİNATI

(ELİT üründe geçerlidir. PLUS ve PRİME ürünlerinde geçerli değildir.)

Annenin Doğum ve Hamilelik teminatına, babanın ise Babalık Teminatı'na hak kazandığı durumlarda, yenidoğan bebeklerinin de poliçeye kabulü halinde bebeğin poliçe başlangıcı öncesindeki hastane masrafları ile ilgili tıbbi evraklar ile SİGORTA ŞİRKETİ'ne başvurulması halinde poliçede belirtilen Yenidoğan Destek Teminatı limit ve ödeme yüzdesi dahilinde ödenir.

3.3 DİĞER HİZMETLER

3.3.1 ACİL YARDIM HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren ACİL DURUM'da, yerinde müdahale ve/veya en yakın SAĞLIK KURUMU'na sadece kara ambulansı ile nakli için ALO EUREKO"Acil Ambulans ve Danışma" hattının araması koşulu ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Acil Yardım Hizmetinden" yararlanır.

Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir aksaklık veya gecikmeden SİGORTA ŞİRKETİ sorumlu tutulmayacaktır. Hava ambulansı teminat kapsamı dışındadır.

3.3.2 KONTROL MAMOĞRAFI

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI bayanlar için yılda bir kez kontrol mamografi ücreti poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Kontrol Mamografi teminatı için Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nden farklıdır.Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ne ve bilgilerine www.eurekosigorta.com.tr adresinden ya da 0850 222 66 60'dan ulaşılabilir.

3.3.3 KONTROL PSA

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI erkekler için yılda bir kez kontrol PSA ücreti poliçede belirtilen

ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Kontrol PSA teminatı için Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nden farklıdır. Özel Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ne ve bilgilerine www.eurekosigorta.com.tr adresinden ya da 0850 222 66 60'dan ulaşılabilir.

3.3.4 KORUYUCU BAKIM HİZMETLERİ / CHECK UP

Koruyucu Bakım Hizmeti Eureka Sigorta tarafından özel olarak seçilmiş anlaşmalı kurumlarda geçerli olan check-up amaçlı sağlık hizmetidir. İlgili poliçe yılı içinde check-up hizmeti, kullanılmadığı takdirde bir sonraki poliçeye devredilemez. Güncel check-up hizmeti verilen kurum bilgilerine www.eurekosigorta.com.tr web adresinden ya da 0850 222 66 60'dan ulaşılabilir.

4 BEKLEME SÜRELERİ

5.1 - 5.2 - 5.3 maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve

POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan;

- Kardiyovasküler hastalıklar,
- Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç),
- Her türlü kanser ile iyi veya kötü huylu urlar,
- Safra kesesi ve/veya safra yolları hastalıkları,
- Her türlü fıtık,
- Kist dermoid,
- Ano-rektal hastalıklar,
- Omurga ve intervertebral disk hastalıkları,
- Tiroid ve paratiroid hastalıkları,
- Tuzak nöropatileri,
- Higroma,
- Trigger finger (tetik parmak),
- Sistosel, Sistolrektosel,
- Hidrosel,
- Böbrek ve üriner sistem taşları,
- Varis

ile ilgili (komplikasyonları dahil)her türlü cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, ağrı tedavisi, tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler, fizik tedaviler ile

- Böbrek ve idrar yolu,
- Diz (menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb),
- Katarakt,
- Prostat,
- Bademcik, geniz eti, nasal polip, konka, sinüs, kulak zarı, orta kulak ameliyatları (TUR dahil) için TEMİNATLAR, POLİÇE başlangıcından 5 ay sonra başlar.

5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak sağlık giderleri TEMİNAT kapsamı dışındadır:

- 5.1** POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan ve beyan edilmeyen MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,
- 5.2** Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, konjenital (doğumsal) anomali ve HASTALIK'lar, Büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı,
- 5.3** Genetik HASTALIK'lar 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 tiplmeleri, 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 sigortalı veya üçüncü şahısların tüm sağlık masrafları,
- 5.4** Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), hallux valgus, yapısal bozukluklara (septum deviasyonu, nazal valv yetmezliği ve benzeri gibi) ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
- 5.5** DENEYSEL veya ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ'ler, 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 Anjiyografi (tanısı konmuş koroner hastalığı olanlar hariç), kemik yoğunluğu ölçümü, tarama amaçlı yapılan sanal endoskopik işlemler (sanal bronkoskopi, sanal kolonoskopi vb.) kuduz, tetanoz ve 3.2.1.2 ' maddesinde belirtilen aşilar hariç olmak üzere her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar,

5.6 Reçete'ye yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar ve 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 TC. 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 kartujları
- 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

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

5.8 Bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili rutin dışı aşı ve ilaçlar,

5.9 Tıbbi Malzeme Teminatı kapsamı dışındaki malzemeler,

5.10 Diş hekimi muayene faturaları,

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

5.12 Psikiyatrik, psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanı ve danışmanlık hizmeti giderleri, zeka testi ve benzeri tetkikler, psikososyal bozukluklar ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri,

5.13 Kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil),

5.14 DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneoterapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi, masaj , çamur banyosu, ayak bakım merkezleri giderleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, obesite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçümleri dahil), anorexia, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ile ilgili estetik ve güzellik merkezleri, ayak bakım merkezinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, egzersiz, akapunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, cilt kuruması ve terlemesini önleyen ürünler ve yöntemler, saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri, gibi giderler ile lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayene giderleri, diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi yardımcı sağlık personeline ödenen ücretler, alternatif tıp yöntemlerine ait giderler, Anti-aging (yaşlanmayı geciktirici) çalışmalar için yapılan tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon giderleri, ilaç ve gereçleri (DHEA vb.)

5.15 Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlar (POLİÇE 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,

5.16 Telenjektazi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, Yüzeyel varis tedavileri (sklerozan-lazer tedavileri vb.), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik

(polisomnografi, uyku EEG'si vb) ve tedavileri (Uvuloplasti, CPAP Cihazı vb), alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

- 5.17** 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, küretaj (tıbbi gerekliliği olsun ya da olmasın) HSG (histerosalpingografi) spermiyogram, adhezyolisiz,
- 5.18** Her türlü nedenle (fimosiz vb.) yapılan sünnet ve komplikasyonları,
- 5.19** Cinsiyet değiştirme operasyonları, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil)
- 5.20** HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,
- 5.21** 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,
- 5.22** 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 SAĞLIK GİDERİ,
- 5.23** Mevcut yasalara uygun ruhsat/sürücü belgesi olmadan bir aracı kullanırken oluşan sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,
- 5.24** Termofor, her türlü tabanlık (podometri, taban analizi dahil), tekerlekli sandalye, her türlü ortezler, göğüs ve penil protezler, ICD (Intracardiac Device), koklear implant, gibi her türlü tıbbi ve sıhhi malzemeler
- 5.25** Tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, bir kişiden fazla refakatçi giderleri, hasta yoğun bakımda ise ayrıca oda masrafları, telefon, tv. gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler, her türlü seyahat ve konaklama masrafları,
- 5.26** SİGORTALI için POLİÇE'de açıkça belirtilmeyen; gebelik, doğum ve diğer bütün teminatlar, POLİÇE şartlarında belirtilen kapsam dışı özel durumlar ve sağlık organizasyonu/kurumu tanımını karşılamayan yerlerde gerçekleştirilen harcamalar,
- 5.27** Hamilelik ve doğum ile bunlara bağlı komplikasyonlarının her türlü tıbbi giderleri bu teminatın poliçede olmaması halinde yapılan harcamalar,
- 5.28** Organ ve kan nakli sırasında, alıcı SİGORTALI'mız ise verici durumundaki kişilerin tüm sağlık ve sair masrafları; verici SİGORTALI'mız ise, organ nakli süreci ve sonrasında tüm ameliyat, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri; ve her durumda organın taşınma veya satın alınması masrafları,
- 5.29** Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
- 5.30** SİGORTALI ile kan bağı bulunan veya evli olan DOKTOR'un her türlü ücreti,
- 5.31** SİGORTALI'nın hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri,
- 5.32** SİGORTALI'nın hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
- 5.33** Acil vakalar dışında SİGORTALI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler,
- 5.34** Evlilik, işe başlama sportif faaliyetlere katılma vb. için alınan sağlık raporu giderleri,
- 5.35** Sağlık Bakanlığı tarafından ve / veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından faz 5 ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri,
- 5.36** Güvenlik güçleri mensuplarının, her türlü patlayıcı madde, ateşli silah ve mühimmat ile meydana gelen yaralanmalarının tedavi ve rehabilitasyon masrafları,
- 5.37** 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.)
- 5.38** Tedavi sonrasında hastanın durumu ne olursa olsun sağlık kurumundan kişinin ikametgahına ya da başka başka sağlık kurumuna her türlü araçla nakli

6 COĞRAFİ KAPSAM

PLUS VE PRİME ÜRÜN İÇİN;

Bu sigorta TEMİNATLAR'ı sadece Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

ELİT ÜRÜN İÇİN;

Bu sigorta TEMİNATLAR'ı Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Sadece Ameliyat ve ameliyatsız tedavi giderleri, Küçük cerrahi ve gözlem teminatı giderleri, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz

tedavi giderleri, Tıbbi malzeme teminatı ve Yapay uzuv Teminatı ile ilgili giderler, yurtdışında SİGORTACI'nın onay verdiği vakalarda, REFERANS FİYATLAR dahilinde yurtdışı teminatı kapsamında POLİÇE' de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Yurtdışında SİGORTALI tarafından ödenen tedavi giderleri, tedavinin başlangıç tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya SONRADAN ÖDEME kapsamında geri ödenir.

Yurtdışında yapılan tedavilerde SİGORTALI, tedavi tarihinde yurtdışında tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla poliçe TEMİNATLAR'ından yararlanabilir ve bir poliçe döneminde 3 aydan fazla yurtdışında ikamet etmesi durumunda, 3 ayı aşan süre için teminat işlemez.

7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Bu ürün; POLİÇE dönemi içerisinde gerçekleşecek SİGORTALI'ya ait tanı ve tedavi harcamalarını ve POLİÇE'de vadedilen hizmetleri SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI, ÖZEL ŞARTLAR ve POLİÇE üzerinde belirtilen teminat, limit ve ödeme yüzdelerine göre karşılar. Teklif formunun ekinde yer alan sağlık beyanı SİGORTACI tarafından değerlendirilerek teminatlar, limitler ve tazminat ödeme yüzdeleri belirlenecektir.

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir. Yurtdışı teminatı varsa poliçede belirtilir ve REFERANS FİYATLAR dahilinde belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu üründe gündelik bakım, gündelik iş görememe parası, deprem teminatları ve tercümanlık giderleri kapsam dışıdır.

23.10.2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinde tarif edilen ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ bu üründe verilmemektedir. Ancak eğer varsa özel şartlar Madde 9.2 ve Madde 9.3 de belirtildiği şekilde 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ veya SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ mevcuttur.

8 TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1 SAĞLIK GİDERLERİ'NİN BELGELENDİRİLMESİ

Poliçe şartları çerçevesinde belirlenen teminatlara ait sağlık harcamaları;

SİGORTACI tarafından önceden onaylanan (provizyon verilmiş) ve Anlaşmalı Sağlık

Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır.

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri, POLİÇE'de Anlaşmalı Sağlık Kurumları için belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- Trafik kazaları nedeniyle oluşabilecek sağlık hizmeti giderleri Hazine Müsteşarlığının 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.
- ACİL DURUM'larda sigortalının en yakın (anlaşmalı/anlaşmasız) sağlık kurumuna müracaat ettirilmesi sonucu ACİL DURUM'un tedavisi ile ilgili oluşacak yatarak tedavi masrafları anlaşmalı kurum ise doğrudan değil ise sonradan ödeme kapsamında değerlendirilir. Her halde ödenecek miktar işlem başına maksimum SUT'un 3 katını aşamaz. Tedavinin devam edecek olması halinde SİGORTACI SİGORTALI'nın uygun şartlarda ANLAŞMALI KURUM'a sevkini isteyebilir.
- SİGORTALI'nın ACİL DURUM için ve/veya kendi tercihi ile anlaşmasız bir kuruma müracaat etmesi halinde provizyon verilemeyecek, kabul edilen tazminat aşağıdaki şekilde işleme alınacaktır:
 - ✓ Sağlık kurumundan SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura, faturanın alınamadığı durumlarda ise kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen tıbbi raporlar ile birlikte sağlık gider formu ekinde Eureko Sigorta Genel Müdürlük adresine 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 DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.
 - ✓ SİGORTALI'nın göndermiş olduğu faturalar eksik belge ve bilgi olmaması koşulu ile Eureko Sigorta'ya ulaşmasından sonra en geç 8 iş gününde ödenir.
 - ✓ 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 doktor'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

İşyeri Hekiminin Yazdığı Reçeteler: Sağlık Sigortası yaptıran firmanın işyeri hekimlerinin, muayene sonucu personel için yazmış oldukları reçetelerde 'Hasta Kayıt Defteri'ndeki protokol numarası ve teşhis yazılmalı, işyeri hekiminin diploma numarası, işyeri ünvan ve adresinin belirtildiği işyeri hekimi kaşesi ile düzenlenmelidir. İşyeri hekiminin

çalışanların eş ve çocukları için yapmış oldukları tetkik ve tedaviye ait giderler ödenmeyecektir.

SİGORTALI, her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık emri vb.) TAZMİNAT talebi ile birlikte sunmalıdır.

SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

İhbar edilen tazminat dosyasına ait eksik evrakların bulunması durumunda maksimum 30 gün içerisinde evraklar iletilmez ise tazminat dosyası kapatılır, eksik evraklar tamamlanarak tekrar edilen taleplerde tazminat dosyası Sağlık Sigorta Genel Şartları'na ve Türk Ticaret Kanunu hükümlerine bağlı olarak yeniden incelenir.

Eğer teminat var ise yurt dışında yapılan tedavilere ait faturaların ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

8.2 SAĞLIK GİDERLERİ'NİN TAZMİN EDİLMESİ

- SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen sağlık giderleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme oranı ile doğrudan ödeme kapsamında karşılanır.
- POLİÇE'deki söz konusu teminatlar dahilinde, ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen sağlık giderleri, POLİÇE'de belirtilen anlaşmasız kurum limitinden, limit ve ödeme yüzdesi dahilinde (sonradan ödeme kapsamında) karşılanır.
- SİGORTACI tarafından onaylanması halinde ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR veya ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMU'nda anlaşmasız DOKTOR tarafından gerçekleştirilen işlemin DOKTOR hizmet bedelleri sonradan ödeme olarak ELİT ürünü için en fazla 1,5 TTB oranında PLUS ve Prime ürünleri için ise en fazla 1 TTB oranında karşılanır.
- Sadece ELİT planlar için geçerli olan Doğum teminatında ise dış doktor ücreti, toplam Doğum limitinden düşülecektir.
- Ön onay aşamasında kullanılan SİGORTACI'ya ait form üzerinde DOKTOR tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra DOKTOR tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, SİGORTACI, bu iki tutardan daha düşük olanını TAZMİNAT hesabında dikkate alacaktır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen Sağlık Giderleri, POLİÇE'de ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI için belirtilen limit ve ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya ACİL DURUM nedeni ile gerçekleşen sağlık giderleri; POLİÇE'de belirtilen yurt dışı teminatı limiti, ödeme oranı ve POLİÇE şartları göz önünde bulundurularak sonradan ödeme şeklinde karşılanır.
- Trafik kazaları nedeniyle oluşabilecek sağlık hizmeti giderleri Hazine Müsteşarlığı'nın 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 sigortalıları 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.
- ACİL DURUM'larda sigortalının en yakın ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMU'na müracaat ettirilmesi sonucu ACİL DURUM'un tedavisi ile ilgili oluşacak yatarak tedavi masrafları, sonradan ödeme kapsamında değerlendirilir. Her halde ödenecek miktar işlem başına maksimum SUT'un 3 katını aşamaz. Tedavinin devam edecek olması halinde SİGORTACI SİGORTALI'nın uygun şartlarda ANLAŞMALI KURUM'a sevkini isteyebilir.
- Sigortalıların ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'nda, hangi nedenle olursa olsun, sağlık giderlerinin tamamını kendileri ödemek durumunda kalırlarsa, mutlaka sigortalı olduklarını beyan etmeleri ve faturanın sigorta şirketi ile sağlık kuruluşu arasında imzalanan sözleşmeye göre indirimli olarak kesilmesini sağlamaları gerekmektedir. Her durumda sigortalıların ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'ndan kendilerinin ödeyerek sigorta şirketine gönderdikleri faturalar geri ödenirken sigorta şirketinin anlaşmalı kurumla yapmış olduğu indirimli fiyatlar dikkate alınarak ödeme yapılacak, sağlık kuruluşunun kestiği fatura tutarı indirimli fiyatlardan yüksekse aradaki fark sigortalılar tarafından ödenecektir. Bunun yanında sigortalılar faturaları sağlık kuruluşuna götürüp iptal ettirerek, indirimli fiyatlardan yeni bir fatura kestirip sigorta şirketine gönderebilirler.

9 SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

9.1 POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

SİGORTACI herhangi bir yenileme güvencesi olmayan poliçeye her poliçe yılı sonunda, SİGORTALI'nın sağlık durumunu (TAZMİNAT / PRIM oranına bakmaksızın) değerlendirerek poliçeyi yenileme ya da yenilememe kararını verir. Poliçenin yenilenmesi durumunda o tarihte yürürlükte bulunan ürün özel şartları ve liste fiyatı geçerlidir.

SİGORTACI poliçe YENİLEME kararı aldığı anda mevcut poliçe sürecinde oluşmuş RAHATSIZLIK'lar / 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.

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

Yukarıda belirtilen nedenler ile otomatik olarak yenilenmemiş poliçe sahiplerinin hakları poliçenin vade sonu itibari ile 30 gün sonrasına kadar saklı tutulur.

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

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

SİGORTALI'nın süresi bitmiş poliçeye TAZMİNAT talebi olması durumunda, SİGORTACI'nın bu talep ile yeni öğrendiği RAHATSIZLIK / HASTALIK'lar nedeniyle yeniden risk değerlendirme yapma hakkı poliçe otomatik yenilenmiş olsa dahi saklıdır.

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

Sağlık Sigorta Sözleşme bedeli tarife primi değişkenleri hakkında genel hükümlerin yer aldığı Eureka Sigorta Özel Sağlık Sigorta Kitapçığı ve kişiye özel tarife bilgilerinin yer aldığı poliçe, SİGORTACI tarafından adrese teslim yoluyla iletilir. Sayılan bu genel ve özel hükümlere ait bilgiler kişisel internet şube aracılığı ile SİGORTA ETTİREN ile ayrıca paylaşılmaktadır.

SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık döneminde ortaya çıkmış herhangi bir RAHATSIZLIK ve / veya HASTALIK için önceden karar verilmiş, SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI tarafından bilinmeyen bir MUAFİYET'i var ise kişinin RAHATSIZLIK / HASTALIK 'larla ilgili durumunu beyan ettiği günden itibaren SİGORTACI, 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.

9.2 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ

İlk poliçe yılı sonunda SİGORTACI tarafından risk değerlendirmesi yapılarak 3 yıllığına verilen yenileme güvencesidir.

SİGORTACI birinci yılın sonunda poliçeyi "3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ" ile yenileyebilir ya da "3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ" vermeden her yıl tıbbi risklerini değerlendirerek yenileme kararı verebilir.

Teklif formunda beyan edilen veya poliçe ya da poliçeler süresinde meydana gelen RAHATSIZLIK'lar ve / veya HASTALIK'lar için; SİGORTACI bu RAHATSIZLIK / HASTALIK'ları kapsam dışı bırakabilir, bu RAHATSIZLIK / HASTALIK'ları hastalık sürprimi uygulayarak teminat altına alabilir.

Eğer SİGORTALI, SİGORTACI'nın bu RAHATSIZLIK'lar / HASTALIK'lar için uyguladığı hastalık sürprimini kabul etmez ve HASTALIK'ların kapsam dışına bırakılmasını talep eder ve SİGORTALI'nın bu talebi SİGORTACI tarafından kabul edilirse poliçe muafiyet uygulanarak yenilenir ve 3 yıl boyunca tekrar tersine işlem de yapılamaz.

"3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ" teklifinden sonra, birbirini takip eden 3 poliçe yılı için SİGORTALI'ya ait poliçe sürecinde ortaya çıkan sağlık sorunları RAHATSIZ'lıklar / HASTALIK'lar teminat dışı bırakılmayacak, sürprim uygulanmayacaktır. Bu uygulama poliçe başlangıç tarihinden önceki RAHATSIZLIK'lar / HASTALIK'lar için geçerli değildir.

Ancak, 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde tarif edilen ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'nden farklı olarak 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ verilen poliçenin her yenileme döneminde o tarihte yürürlükte bulunan ürün özel şartları ve liste fiyatı geçerlidir.

3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ değerlendirmesi poliçedeki her bir sigortalı için ayrı ayrı yapılır. Poliçedeki herhangi bir sigortalının bu güvenciyi alması poliçedeki diğer sigortalıların da bu güvenciyi otomatik olarak alabileceği anlamına gelmez.

9.3 SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ

3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ tamamlandıktan sonra SİGORTACI tarafından yapılan risk değerlendirmesi sonucu poliçenin süresiz yenileneceğine dair güvencedir.

SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ değerlendirmesi poliçe başlangıç tarihinde yapılır. Ara dönemde değerlendirme yapılmaz.

SİGORTACI, SİGORTALI'ya "3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ" dönemini tamamladıktan sonra, devam eden poliçedeki ve daha önceki sigortalılık sürecindeki sağlık durumunu değerlendirerek SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ vermeyi teklif eder.

SİGORTACI, POLİÇE yenileme kararı aldığı anda 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.

SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ 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. YENİLEME GÜVENCESİ kişinin POLİÇE planının aynı veya eşdeğeri devam etmesi halinde geçerlidir.

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.

Ancak, 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde tarif edilen ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'nden farklı olarak SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ verilen poliçenin her yenileme döneminde o tarihte yürürlükte bulunan ürün özel şartları ve liste fiyatı geçerlidir.

SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ 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.

9.4 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

23.10.2013 tarihli 28800 sayılı özel sağlık sigortaları yönetmeliğinde tarif edilen ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ BU ÜRÜNDE VERİLMEMEKTEDİR.

9.5 EUREKO BEBEĞİ GÜVENCESİ

SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı dahilinde annenin doğum masrafları Eureka Sigorta Bireysel Sağlık Sigorta POLİÇE'si kapsamında karşılanmış veya hak edilmiş, 14 günlük bekleme süresini doldurmuş bebekleri, annenin ve babanın da sigortalı olması halinde POLİÇE kapsamına dahil ederken, risk değerlendirmesi yaparak SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ verebilir. Her durumda konjenital masraflar hariçtir.

EUREKO BEBEĞİ GÜVENCESİ değerlendirmesi poliçedeki her bir ÇOCUK için için ayrı ayrı yapılır. Poliçedeki herhangi bir ÇOCUK'un bu güvenceyi alması poliçedeki diğer ÇOCUK'ların da bu güvenceyi otomatik olarak alabileceği anlamına gelmez.

SİGORTACI teklif formunda beyan edilmesi ile bebeğin mevcut RAHATSIZLIK/HASTALIĞI ile ilgili, SÜRPRİM ya da MUAFİYET uygulayabilir ya da YENİLEME GÜVENCESİ için yenileme dönemini bekleyebilir.

36 hafta ve 2000 gr altında doğan bebekler Prematüre Bebek olarak kabul edilmektedir. Prematüre bebek başvuruları 6 ay ertelenir, 6 ay tamamlandıktan sonra yeni tarihli başvuru formu, takip eden çocuk hastalıkları doktor raporu, nörolojik gelişimini bildirir çocuk nörolojisi doktor raporu, göz hastalıkları doktor raporu ve tetkik sonuçlarının (kalça USG, kranial USG, işitme testi) iletilmesini takiben değerlendirilmektedir.

10 PRİM TESPİTİ

Tarife primine ilişkin düzenlemeler:

Satışta olan ürünlerin her bir yaş için sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak hesaplanmış bedeldir.

Tarife primi belirlenirken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret 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 fiyatları ve kapsamındaki değişiklikler, teknolojiye yeni gelişmelere bağlı olarak pahalı tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) medikal enflasyon oranları, ürün kâr-zarar durumu, reasürans maliyetleri, genel giderler, komisyon payı, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen HASTALIK 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. SİGORTACI, SİGORTALI bazında her yıl en fazla bir önceki yıl toplam primi üzerinden maksimum %300'e kadar prim arttırılabilir.

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 HASTALIK SÜRPRİM'i PRIM'in artmasında veya azalmasında etken olabilmektedir.

Sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı bu üründe fiyata etki etmemektedir. Bu üründe hasarlılık sürprimi ve hasarsızlık

indirimi uygulanmamaktadır. YENİLEME döneminde bir önceki poliçesinde mevcut olan HASTALIK sürprimi devam ettirilebilir ve/veya yeni HASTALIK sürprim uygulanabilir. HASTALIK nedeniyle uygulanan sürprim tüm HASTALIK'lar için SİGORTALI bazında toplamda en fazla tarife primi üzerinden maksimum %300 olabilir.

Her YENİLEME döneminde yukarıda ifade edilen bu risk parametreleri analiz edilerek poliçenin primi güncellenmektedir.

PRİM HESAPLAMA İNDİRİM / SÜRPRİM TABLOSU	
AİLE İNDİRİMİ	5%
PEŞİN ÖDEME İNDİRİMİ	5%
HASARSIZLIK İNDİRİMİ	Uygulanmamaktadır.
YÜKSEK HASARLILIK SÜRPRİMİ	Uygulanmamaktadır.
HASTALIK SÜRPRİMİ	Hastalığa göre değişik oranlarda uygulanır. (Toplamda en fazla %300)
TARİFE SÜRPRİMİ	En fazla %300

10.1 NETWORK (ANLAŞMALI KURUM AĞI) İNDİRİMİ

SİGORTALI, kendi isteği ile network indirimli poliçe alma hakkına sahiptir. Network indirim oranı SİGORTACI tarafından saptanır. Eğer indirim uygulanırsa, SİGORTACI tarafından network indirim kapsamında belirtilen anlaşmalı kurum ve / veya kurumlara gidildiğinde poliçede belirtilen katılım oranı SİGORTALI tarafından karşılanacaktır. Tamamen Anlaşmasız Sağlık Kurumları'nda ise teminatın "anlaşma harici" limit ve ödeme oranı geçerli olup tekrar SİGORTALI katılımı uygulanmaz.

11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 BAŞVURU FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SİGORTACI, SİGORTA ETTİREN ve / veya SİGORTALI'nın teklif formunda beyan ettiği bilgileri, 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.

11.2 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ VE SİGORTALININ BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın teklif formunda beyan ettiği bilgileri esas alarak kişileri sigortalar. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın başvuru formunda kendilerine yöneltilen sorulara doğru cevap vermesi gerekmektedir.

Başvuru esnasında sağlık beyanı sorularından herhangi biri evet veya hayır olarak işaretlenmediği durumlarda, ilgili soruların cevapları HAYIR olarak kabul edilir.

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

SİGORTACI Sağlık Sigortası Genel Şartları, 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu ve diğer ilgili düzenlemelerin kendisine verdiği haklar dahilinde mevcut RAHATSIZLIK /HASTALIK'lar için POLİÇE'yi sona erdirebilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, SÜRPRİM uygulanabilir veya ilgili RAHATSIZLIK ve HASTALIK'ları kapsam dışı bırakarak devam ettirebilir. Bu durumda kapsam dışı bırakılan RAHATSIZLIK ve HASTALIK'lar tekrar değerlendirilmez.

11.3 POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ

SİGORTALI'nın evlenmesi yahut doğum halinde EŞ'i veya SİGORTALI'nın yeni doğan bebeği, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç 30 gün 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. Bebek için uygulanan şartlar evlat edinilmesi durumunda da geçerlidir. Diğer durumlarda ise sadece yenileme döneminde poliçeye giriş başvurusu dikkate alınacaktır. Ara dönem SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan poliçenin ÖZEL ŞART ve primleri geçerli olacaktır. EŞ / ÇOCUKLAR'ın poliçe başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde PRİM; 6 ay ve üzeri zeyillerde geçerli, 6 aydan kısa süreli sigortalılık söz konusu ise en az 6 aylık olarak tahsil edilecektir.

11.4 POLİÇE / PLAN DEĞİŞTİRME

SİGORTALI'nın isteğe bağlı üst plan değişiklik taleplerinde, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ ve SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ de bu değerlendirmeye dahildir.

SİGORTACI, POLİÇE veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık

beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını teminat kapsamı dışında bırakabilir, ya da bu RİSK'ler için HASTALIK SÜRPRİM'i uygulayabilir.

SİGORTALI ve / veya SİGORTA ETTİREN'nin isteğine bağlı olarak alt plana geçiş talepleri ek şartsız kabul edilir. 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ veya SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ hakları saklı tutulur.

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 kesintisiz 5 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması halinde sadece hastalık bekleme süreleri kaldırılır.

Doğum teminatı için hak devri 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

Diğer şirket poliçesinde YENİLEME GÜVENCESİ ve benzeri taahhütler verilmiş olsa dahi, 4 tam yıl SİGORTALI'lık süresini tamamlamış SİGORTALI'lara poliçe bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde başvurulması halinde risk analizi yapılarak Madde 9.2, Madde 9.3 de belirlenen şartlar kapsamında 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ ya da SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCE'si verilebilir.

Bu şartları sağlamayan kişilerin yenileme güvencesi devir alınmaz.

12.2 TEKLİF FORMUNDA BEYAN EDİLEN RAHATSIZLIK/HASTALIKLAR

SİGORTACI, teklif formunda beyan edilmiş RAHATSIZLIK'lar/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 İÇİN POLİÇELERDE UYGULAMA

Kişinin diğer sigorta şirketi/şirketlerindeki ilk sigortalıma 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 SİGORTALI SÜRESİZ YENİLEME GÜVENCESİ ya da 3 YIL SÜRELİ YENİLEME GÜVENCESİ 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

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

SİGORTALI'nın poliçenin feshini istemesi durumunda, tazminat ödemesi yok ise gün esaslı poliçe feshi gerçekleştirilir. Tazminat ödemesi (veya açık provizyonu) olması durumunda SİGORTACI prim iadesi yapmaz.

13.2 SİGORTALININ POLİÇE SÜRESİ İÇİNDE VEFATI

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

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

14 SİGORTA ÜCRETİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Sigorta priminin tamamının taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa, aksi kararlaştırılmadıkça peşinatın (ilk taksitinin) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Müşteri ile sigortacının peşinat (ilk taksit) tarihini poliçe teslim tarihinden ileri bir tarih olarak kararlaştırmış olması durumunda, bu taksitlerin poliçe üzerine yansıtılması ve kararlaştırılan tarihte gerçekleşmesi esastır. 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 sigortacı poliçeyi TTK 1434. Maddesi ve Genel Şartlarda belirtilen şekilde feshetme hakkına sahip olur.

15 POLİÇE SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

POLİÇE'nin SİGORTA ETTİREN veya SİGORTACI tarafından yenilenmeyecek olması, veya ilgili RİSK için MUAFİYET 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 itibarıyla sona erer, 10 gün hükmü uygulanmaz, tedavinin devamı ödenmez.

16 ZAMAN AŞIMI

Türk Ticaret Kanunu madde 1420: "Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler, alacağın muaccel olduğu tarihten başlayarak iki yıl ve 1482. madde hükmü saklı kalmak üzere, sigorta tazminatına ve sigorta bedeline ilişkin istemler her hâlde rizikonun gerçekleştiği tarihten itibaren 6 yıl geçmekle zaman aşımına uğrar." geçerlidir.

17 RÜCU VE İSTİRDAT 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 zorludur. SİGORTACI, SİGORTALI/SİGORTALILAR adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI/SİGORTALILAR hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan SİGORTALI/SİGORTALILAR'dan talep hakkı bulunmaktadır. SİGORTALI/SİGORTALILAR'ın 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.

18 KONTROL YETKİSİ

Sigortacı, gider bildiriminde bulunulması durumunda veya sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde SİGORTALI'yı muayene ettirme hakkına sahiptir. Ayrıca SİGORTA SÜRESİ 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.

19 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 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 Bakanlığında, 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 araçlar 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.

20 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.

21 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.

