

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME METNİ

Bu metin, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli hususlarda genel bilgi vermek amacıyla ve Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik'e istinaden hazırlanmıştır. Bu bilgilendirme metni taraflarca imza edilmiş olsa bile tek başına hiçbir şekilde sözleşme anlamına gelmez.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Unvanı :
Adresi :
Tel & Faks No :
Mersis No :

2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Unvanı : EUREKO SİGORTA A.Ş.
Adresi : Altunizade Mah. Ord. Prof. Fahrettin Kerim Gökay Cad. No: 20 34662 Üsküdar / İSTANBUL
Tel & Faks No : 0216 400 10 00 - 0216 474 22 90
Email : esmusterihizmetleri@eurekosigorta.com.tr
Mersis No : 0008 0067 5250 0014
Faaliyet Konusu : Sigortacılık

B. UYARILAR

1. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından sunulan Sağlık Sigortası Genel Ve Özel Şartları'nı dikkatlice okuyunuz.
2. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin teslim edildiği an ödenmesi gerekir. Primin ödenmemesi durumunda, aksi kararlaştırılmadıkça, sigortacının sorumluluğu başlamaz.
3. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
4. Prim ödemesinde, poliçe üzerinde ödeme planında kesin ödeme zamanı ve miktarı yazılı primin veya prim taksitinin belirtilen ödeme günü bitimine kadar tahsil edilemediği durumda Sigortalı/Sigorta Ettiren temerrüde düşer. Sigortacı poliçeyi tahsilat yapılamayan tarih itibariyle TTK 1434. maddesi ve Genel Şartlar'da belirtildiği şekilde feshetme ya da faiz işletme hakkına sahip olur.
5. Cayma Süresi: Poliçe başlangıcından itibaren 30 günü geçmemiş poliçeler; hasarı olmaması kaydı ile başlangıç tarihinden itibaren iptal edilebilir. Sigortalı, prim iadeli iptal talebini süresi içinde şubeyi ya da Sağlık Danışma Hattı (0850 222 0 365) aranarak kişiye özel müşteri numarası ve şifre ile giriş yapılan dijital kanallardan veya A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER başlığı altında adres ve telefonları yer alan teminatı veren sigortacıya başvuruda bulunarak iletebilir. Poliçe başlangıcından itibaren 30 günlük süre zarfında iptal edilmeyen poliçeler iptal talebinin geldiği gün itibari ile 6. Maddede belirtildiği şekilde gün esaslı prim tahsil edilerek iptal edilebilir.
6. Sözleşmenin feshedilmesi hâlinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir.
7. SGK kapsamında genel sağlık yardımlarından yararlanma hakkını sürekli veya geçici olarak kaybeden sigortalılar isteğe bağlı olarak bu sigorta poliçesinin feshini talep edebilir.
8. Sözleşmenin kurulması sırasında, sigorta süresince ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabilir.
9. Sözleşmenin yapılmasından sonra, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana gelen değişikliklerin sigortalı tarafından 10 gün içinde Sağlık Sigortası Genel Şartları gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.

10. Sigortalı / Sigorta Ettiren bilgilendirmenin gerektiği gibi yapılmadığına ilişkin tüm itirazlarını poliçenin yapılmasından itibaren on dört gün içinde sigortacıya bildirme hakkına sahip olmalıdır. Aksi halde TTK'nun 1423. maddesi uyarınca sigorta sözleşmesi poliçedeki yazılı şartlarla yapılmış olur.

11. Sağlık Sigorta Sözleşmesi 1 yıldır. Sigorta, poliçe başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile saat 12.00'de başlar ve saat 12.00'de sona erer.

12. Sigorta sözleşmesinde belirlenen teminatlar, muhtemel Yaptırım Kararları (Sanction) sonucundan etkilenebilecek olup, poliçenizde yazılı "Yaptırım Klozu" özel şartını dikkatlice okuyunuz.

C. GENEL BİLGİLER

1. Bu poliçe, Sigortalı/Sigortalıların poliçede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis, tedavi için yapılacak masraflarını poliçe ve ekli sertifikalarda belirtilen koşul, teminat, limit, iştirak oranları, istisna ve uygulamalar dahilinde TTK, Özel Sağlık Sigorta Yönetmeliği, Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şart Hükümleri'ne göre teminat altına alır.

2. Tarafların, Sigorta Genel Şartları'na ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak üzere Özel Şart kararlaştırabilme hakkı vardır.

3. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, işbu bilgilendirme metnini veya ilgili belgeleri imzalamakla 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 (SBM), Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan sağlık kurum ve kuruluşlarından ve diğer her türlü özel ve kamu kurumu ve kuruluşundan (savcılık, askerlik şubeleri, muhtarlıklar, İşkur 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.

4. 23.10.2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği'nde tarif edilen Ömür Boyu Yenileme Garantisi bu üründe verilmektedir.

5. Sigortalı'nın, poliçe özel şartlarında belirtildiği üzere "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.

6. Eureka Sigorta özel sağlık bireysel ve / veya grup sağlık poliçesinden veya diğer sigorta şirketlerinden bu poliçeye yapılacak geçişlerde "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" maddesi çerçevesinde değerlendirilecek olup, Sigortacı tarafından onaylanması halinde kazanılmış haklar geçerli olacaktır.

7. Sağlık sigortası yaptırırken başvuru formundaki ve görüşme anındaki sorulara doğru cevap vermek, gerek sigorta ettiren gerekse sigortalının kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmesi önemli bir yükümlülüktür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı sözleşmeden cayabilir, istisna koyabilir ya da ek prim almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle sigorta şirketine sözleşmenin her aşamasında Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. Maddesi gereği eksik veya yanlış bilgi verilmemelidir.

8. Sağlık poliçesinin vade bitiş tarihi itibarıyla 1 ay içinde yenilenmemesi durumunda, poliçe şartları çerçevesinde kazanılmış olan tüm haklar kaybedilir.

9. Tarife primine ilişkin düzenlemeler: Satışta olan ürünlerin bedelleri; her bir yaş için sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak hesaplanmış bedelleridir. Tarife primi belirlenirken, medikal enflasyon HUV (Türk Tabipler Birliği Hekimlik Uygulama Veri Tabanı) Tarifesi'ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, teşhis ve tedavi için kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) fiyatları ve kapsamındaki değişiklikler, teknolojidaki yeni gelişmelere bağlı olarak pahalı tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) sağlık enflasyon oranları, döviz kuru değişikliği, ürün kar-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 5 katı kadar arttırılabilir.

10. Sigortalının primine ilişkin düzenlemeler: Sigortalıların primleri, tarife primi üzerine yapılan indirim ve sürprimler ile belirlenir. Sigortalının kullanacağı kurumların niteliklerine göre network indirimi, ikamet ettiği ile göre bölge indirimi, isteğe bağlı teminat seçimi ile avantaj indirimleri, aile indirimi, ödeme planı değişiklikleri, kişilere özel uygulanmış hastalık sürprimi ve hasarsızlık indirimi primin artmasında veya azalmasında etken olabilmektedir. Sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı bu üründe fiyata etki etmemektedir. Bu üründe hasarlılık sürprimi uygulanmamaktadır. Ayakta tedavi ve doğum teminatı içeren poliçelerde hasar prim oranı %50'nin altındaysa yenilemede %10 hasarsızlık indirimi uygulaması yapılmaktadır. Yenileme döneminde bir önceki poliçesinde mevcut olan hastalık sürprimi devam ettirilebilir ve/veya yeni hastalık sürprim uygulanabilir. Hastalık nedeniyle uygulanan sürprim tüm hastalıklar için sigortalı bazında toplamda tarife primi üzerinden maksimum %300 olabilir. Her yenileme döneminde yukarıda ifade edilen bu risk parametreleri analiz edilerek poliçenin primi güncellenmektedir.

11. Başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilmiş ve poliçede sigortalı olarak gösterilmiş olması kaydıyla, poliçe yılı içerisinde en az 6 ay Türkiye'de yerleşik, sigorta sözleşmesinden tazminat talep etmek hakkı bulunan, SGK mensubu 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 bu poliçeden faydalanabilir.

12. SGK mensubu sigortalının 5510 sayılı Kanun'un 10. maddesinde SGK kapsamında otomatik dahil olan eş ve çocukları poliçeden her bir kişi için prim ödemesi şartı ile faydalanabilir. Teminatlar, her bir kişi için ayrı ayrı geçerlidir. SGK kapsamında genel sağlık yardımlarından yararlanma hakkını sürekli veya geçici olarak kaybeden sigortalılar bu tarihten itibaren poliçedeki tedavi giderleri teminatlarından faydalanamaz SGK hak sahipliğinin yeniden başlaması durumunda poliçedeki tedavi giderleri teminatları da yeniden işlerlik kazanır.

13. Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları (Madde 2-Teminat Dışı Kalan Haller, Madde 3- Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışı Kalan Haller) ve Tamamlayıcı Sağlık Poliçe Özel Şartlarını (Madde 5- İstisnalar ve Teminat Dışı Kalan Haller) lütfen dikkatlice okuyunuz. Güncel iletişim bilgileriniz esas alınarak Poliçeniz ile birlikte tarafınıza elektronik olarak iletilecek Hoşgeldin bilgilendirmesinde Poliçe Özel Şartları kitapçık gönderimi yapılacaktır. Mailiniz tarafınıza ulaşmadığı takdirde bizi arayabilir, ayrıca Sağlık Sigortası Genel Şartlarına <https://www.tbs.org.tr> adresinden, Poliçe Özel Şartlarına www.eurekosigorta.com.tr ve www.garantibbva.com.tr adresinden anında ulaşabilirsiniz.

14. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlıklar/hastalıklar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri kapsam dışındadır.

15. İsteğe bağlı Ayakta Tedavi, İleri Tanı ve doğum ve hamilelik takibi teminatları Sigortalı'nın talepleri doğrultusunda poliçe kapsamına alınmaktadır.

16. Hastalık ve teminatı varsa doğum ile ilgili bekleme süresi için Sigortacı'dan bilgi alınması gerekmektedir.

17. Bu üründe gündelik bakım, gündelik iş görememe parası, tercümanlık giderleri, ilaç ve depresyon teminatları bulunmamaktadır.

18. Hediye hizmetleri kapsamı, Sigortacı tarafından yenilenen poliçe döneminde farklılık gösterilebilecek olup, güncel hediye hizmetlerinin detaylarını www.eurekosigorta.com.tr'de yer alan Poliçe Özel Şartları dokümanından dikkatlice okuyunuz.

D. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

1. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, anlaşmalı kurumlarda T.C. Kimlik, Pasaport, Evlilik Cüzdanı vb. belgeleriniz ile hizmet talebinde bulunabilirsiniz.
2. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü; genel şartlar, poliçenizde belirtilen özel şartlar ve klozlar kapsamında teminat veren sigortacı'ya aittir.
3. Rizikonun gerçekleşmesi bakımından her bir teminat türü için farklılık olabileceğinden lütfen ilgili genel ve özel şartları (klozları) dikkatlice okuyunuz.

E. TAZMİNAT

1. Bu poliçe Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda Sigortalı adına kuruma "Doğrudan Ödeme" kapsamında belirtilen şartlarda sigortalıların tetkik ve tedavilerini karşılar. Tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından provizyon onayı verilerek kabul edilmesi gerekmektedir. Sigortacı, anlaşmalı sağlık kurumları listesinde özel olarak belirtilmiş kurumun SGK ile anlaşmalı olduğu doktor ve kapsamlar dahilinde SGK'nın ödeyeceği hizmet bedelinin üzerinde talep edilen ilave ücretleri bu kurum ile yapılmış özel sözleşme çerçevesinde karşılar.
2. SGK'nın kendi mevzuatı kapsamında uyguladığı standart sigortalı katılım payları sigorta kapsamı dışındadır.
3. Eureko Sigorta Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesini değiştirme hakkını saklı tutar. Güncel Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ne www.eurekosigorta.com.tr adresinden ve Eureko Mobil uygulamadan ulaşılabilir.
4. Teklif aşamasında size sunulan hastaneye gitmeden önce Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinden tercih etmiş olduğunuz kurumun poliçenizde geçerli olup olmadığının kontrol edilmesi gerekir. Sigortacı, Network'ler dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network'ler dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.
5. Acil hal durumu dışında yapılacak olan yatarak tedavilerde yatış tarihinden 48 saat önce anlaşmalı kuruma ödeme onayı işlemi için sigorta şirketine başvuru yapılmalıdır.
6. Acil durumlarda Sigortalı'nın en yakın Anlaşmasız Sağlık Kurumu'na 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 SGK Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda sürdürülmesi ve tamamlanması gereklidir.
7. SGK anlaşması olan Anlaşmasız Kurumlarda, SGK ile anlaşmalı bulunan branşlarda gerçekleşen işlemlerde Medula onayı olması ve belgelenmesi koşuluyla ilgili teminatın poliçede üzerinde belirtilen Anlaşmasız Kurum ödeme limit ve yüzdesi ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
8. Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinde bulunduğu halde Sigortacı'dan provizyon onayı alınamamış kurumlardaki sağlık harcamaları Sigortalı tarafından sağlık kurumuna ödenmesi ve Medula onayının belgelenmesi kaydıyla maksimum Sigortacı'nın ilgili kurum ile yapmış olduğu anlaşma fiyatları baz alınarak sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
9. Acil Yardım (Ambulans) hizmeti hayati tehlike gösteren acil durumlarda Sigortalı'ya yerinde müdahale edilmesini ve/veya en yakın sağlık kurumuna sadece kara ambulansı naklini Sağlık Danışma Hattı araması koşulu ile kapsamaktadır. Hayati tehlike göstermeyen tıbbi durumlarda, tedavi sonrası Sigortalı isteği ile hastaneden eve veya bulunduğu hastaneden başka bir hastaneye sevki durumlarında geçerli değildir.
10. Sigortalı, check-up ve dış bakım kullanımına Sağlık Danışma Hattı tarafından randevu organizasyonu yapılması koşulu ile hak kazanır.

F. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. SGK anlaşmalı olup Eureko Sigorta ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık harcamaları olması halinde; muayene formu, tetkik sonuçları, fatura/fiş aslı ve ayrıntılı dökümü, fizik tedavi yapılmış ise fizik tedavi seans içeriği, tıbbi müdahale veya ameliyat gerçekleşti ise ayrıca ameliyat raporu, hasta çıkış raporu (epikriz), patoloji raporlarının sağlık gider formu ile birlikte iletilmesi gerekmektedir.
2. Trafik Kazası ve/veya adli vaka olması halinde 1. maddedeki evraklara ek olarak trafik kazası tespit tutanağı/olay yeri tespit tutanağı, savcılık emri, alkol raporu ve adli tıp raporları, sigortalı ıslak imzalı beyanının temin edilmesi gerekir.
3. Sigorta şirketinin gerekli görmesi halinde ek doküman isteme hakkı saklıdır.
4. Sonradan ödeme kapsamında olan giderlerde gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren azami 8 gün içinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.
5. Tazminat talebinde sigorta şirketine ibrazı gereken belgeler, riskin gerçekleşmesi durumunda nereye, hangi belgelerle ve hangi sürede başvurulacağı Sigortacı tarafından yazılı veya elektronik olarak bilgilendirmesi yapılır. Sayılan bu genel ve özel hükümlere ait bilgiler sigorta şirketi tarafından elektronik ortamda ayrıca paylaşılmaktadır.
6. 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.
7. Eureko Sigorta A.Ş. Sigorta Tahkim Komisyonu üyesidir. Sigorta Tahkim Komisyonu ve iletişim bilgileri hakkında daha ayrıntılı bilgi için "<http://www.sigortatahkim.org>" internet adresinden bilgi alabilirsiniz.

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talebi ve şikayetler için A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER başlığı altında adres ve telefonları yer alan teminatı veren sigortacıya başvuruda bulunulabilir.
2. Poliçenizin veya tazminat ret mektubunuzun başvuru tarihinizden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda Sağlık Danışma Hattı 0850 222 0 365 telefon numarasından irtibata geçebilirsiniz.
3. Sigortaya ilişkin her türlü itiraz talebi ve şikayet için Tüketici Mahkemesi'ne veya Tüketici Hakem Heyeti'ne başvuruda bulunulabilir.