

# KAZANÇLI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

## 1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu ürün, SİGORTALI'nın Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı genel sağlık hizmetleri karşılığında SGK tarafından karşılanan sağlık giderlerine ilave olarak özel sağlık kurumuna ödeyeceği fark ücretlerini sadece Eureko Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

İşbu poliçe teminatları, SİGORTALI'nın SGK'ya tabi olması ve SGK tarafından, genel sağlık yardımlarından yararlanabilme hakkının bulunuyor olması halinde geçerlidir.

SGK mensubu SİGORTALI'nın 5510 sayılı KANUN'un 10. maddesinde SGK kapsamında otomatik dahil olan eş ve çocukları Eureko Sigorta poliçesinden SİGORTA ETTİREN'in başvurusu ve her bir kişi için prim ödemesi şartı ile faydalanabilir. Poliçede yer alan teminatlar, sadece poliçede SİGORTALI olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerlidir.

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

Bu sigorta poliçesi ile ayrıca detayları aşağıda tanımlanan Kanser Destek Teminatı dahil edilmiş olup; teminat altına alınmış hastalığın kesin teşhisi halinde poliçede belirtilen teminat, limit ve ödeme yüzdeleri dahilinde SİGORTALI'ya ödeme yapılır.

Bu üründe SİGORTALI'nın hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderleri veya gündelik bakım masrafları, ilaç, deprem teminatı ve tercümanlık giderleri kapsam dışıdır.

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

## 2 TANIMLAR

### 2.1 SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

[www.tsb.org.tr](http://www.tsb.org.tr) ya da <http://www.hazine.gov.tr> den ulaşılabilen, Hazine Müsteşarlığı tarafından yayınlanan tüm sağlık sigortalarını kapsayan kural ve şartlardır.

### 2.2 BEKLEME SÜRESİ

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

### 2.3 MEVCUT HASTALIK

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

### 2.4 SİGORTA POLİÇESİ

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

### 2.5 SİGORTA ŞİRKETİ / SİGORTACI

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

## 2.6 SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesinin tarafı ve prim ödeme yükümlüsüdür.

## 2.7 SİGORTALI / SİGORTALILAR

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve poliçede SİGORTALI olarak gösterilmiş olması kaydıyla, poliçe yılı içerisinde en az 6 ay Türkiye’de yerleşik, sigorta sözleşmesinden tazminat talep etme hakkı bulunan, SGK üyesi ve bağımlısı (Genel Sağlık Sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle aylık gelir veya aylık bağlanmamış olan eşi ile sigortalıya tabi olarak SGK kapsamında genel sağlık hizmetinden yararlanma hakkı olup da 25 yaşını geçmeyen evli olmayan çocukları dahil), 14 gün-69 yaş arası gerçek kişiler.

## 2.8 EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

## 2.9 ÇOCUK / ÇOCUKLAR

SİGORTALI’nın velayetindeki SİGORTALI’ya tabi olarak SGK kapsamında genel sağlık hizmetinden yararlanma hakkı olup da 14 günden büyük, 25 yaşını doldurmamış evli olmayan çocuklar. Yaş; sigorta başlangıç yılından doğum yılının çıkarılması (ay ve gün dikkate alınmaz) ile hesaplanır.

Yenidoğan bebekler, doğumu takiben 14. günden itibaren sağlık beyanı incelenmek ve ayrı bir prim ödemek koşulları ile sigortalanmak üzere başvuru yapılabilecektir.

## 2.10 BAĞIMLI

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

## 2.11 PRİM / SAĞLIK SİGORTA SÖZLEŞME BEDELİ

SİGORTACI’nın üstlendiği RİSK’e karşılık gelen ücrettir.

## 2.12 RİSK

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

## 2.13 REÇETE

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

## 2.14 DOĞRUDAN ÖDEME

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

## 2.15 SONRADAN ÖDEME

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

## 2.16 TEMİNATLAR

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

## 2.17 TAZMİNAT

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

## 2.18 TAZMİNAT / PRİM ORANI

Bir poliçe döneminde oluşan sağlık harcamalarının toplam prime oranıdır.

## 2.19 YENİLEME

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

## 2.20 ANLAŞMASIZ KURUM LİMİTİ

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

## 2.21 İSTİSNA

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

## 2.22 HASTALIK SÜRPRİMİ

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

## 2.23 MUAFİYET

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

## 2.24 SİGORTA SÜRESİ

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

## 2.25 ZÜHREVİ HASTALIKLAR

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

## 2.26 TARİFE

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

## 2.27 SUT (SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ)

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

## 2.28 MEDULA

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

## 2.29 ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI

www.eurekosigorta.com.tr adresinde ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde bulunan, Tamamlayıcı Network olarak ayrıca işaretlenmiş Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile branş bazında veya tüm branşlarda anlaşmalı hastane, özel tıp merkezi, laboratuvar, poliklinik olarak sınıflandırılmış sağlık hizmeti veren tüzel kişiler ile SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu ve SGK anlaşmalı doktorları kapsamaktadır.

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

Güncel ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'ne www.eurekosigorta.com.tr adresinden ve ALO EUREKO 0850 222 66 60 numaralı telefonlardan ulaşılabilir. Eureka Sigorta "ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi"ni değiştirme hakkını saklı tutar.

SİGORTALI, dilediği kişi ve kurumlardan hizmet almakta serbesttir. Kurum veya kişilerin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde yer alması, bu kişi veya kurumların Sigorta Şirketi tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi, bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda sonuçları hiçbir şekilde Sigorta Şirketi tarafından garanti edilmemektedir. SİGORTALI'larımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetleri ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumludur. Alınan hizmetin bedeli poliçede belirtilen şartlarda tazmin edilir.

## 2.30 ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURUMLARI / HİZMET SUNUCUSU

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

## 2.31 TIBBİ ZORUNLULUK VE / VEYA GEREKLİLİK

Yetkili doktor tarafından onaylanması şartı ile, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve / veya tedavisi için kullanılacak tıbbi hizmet ve gerecin gerekli ve etkili olmasıdır. Bir doktor tarafından uygulanmış olması tek başına tıbbi zorunluluğun oluştuğunu göstermez. Tıbbi zorunluluk oluşturan tedavi ve tanı amaçlı işlemlerde T.C. Sağlık Bakanlığı ve Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) endikasyon listeleri esas alınır.

## 2.32 DENEYSSEL VE ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM VE / VEYA GEREÇ

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

- Haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışma yayınlanmamış olan,

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

### 2.33 DOKTOR

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

### 2.34 YETKİLİ DOKTOR

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

### 2.35 HASTALIK

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

### 2.36 RAHATSIZLIK

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

### 2.37 SAĞLIK HARCAMALARI

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

### 2.38 SAĞLIK KURUMU

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

### 2.39 ACİL DURUM

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayan 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 durumu.

Bu poliçede acil durumlar olarak kabul edilebilecek sağlık durumları; medikal ekip 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. 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 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 Ekstremitte 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 durumlar,
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,
21. **Ateşli Silah ve Kesici Delici Alet Yaralanmaları:** Sabotaj, kavga vb. durumlarda kendisinin olayın hazırlıyıcısı ya da tarafı olmadığı kazaen mağdur durumda kaldığı haller,
22. **Yüksek Ateş:** Zehirlenme, enfeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvüzyona (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.

## 2.40 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

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

## 3 TEMİNATLAR

### 3.1 ANA TEMİNAT

#### 3.1.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNATI

Yatarak Tedavi Teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

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

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

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

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

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

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda verilen yatış onayları süresiz değildir. Verilen yatış



onayı yedi gün içerisinde gerçekleşmesi ve poliçenin yürürlükte olması kaydı ile geçerlidir. SİGORTALI'nın belirtilen süreden sonra hastaneye yatırılması durumunda yeniden provizyon alınması gereklidir.

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

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

Yatarak Tedavi Teminatları için poliçe yılı içerisinde toplam hastanede kalış süresi 180 gündür; SİGORTALI bulunduğu yenilemeler dahil tüm poliçeleri için hastanede kalış süresi 360 gün ile sınırlıdır. Toplam hastanede kalış süresi hesap edilirken yoğun bakımda kalan her gün 2 gün olarak hesap edilir.

### 3.1.2 YAPAY UZUV TEMİNATI

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

Poliçe kapsamında kabul edilmiş kanser ameliyatı sonrasında olacak meme protezleri bu kapsam dahilinde değerlendirilir.

İşitme cihazı doktor raporuyla belgelenmesi ve yetkili doktorun onaylaması koşulu ile olay tarihinde yürürlükte bulunan poliçede belirtilen yapay uzuv yıllık teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde her iki kulak için birer defa olmak üzere 24 ay bekleme süresini takiben 5 yılda 1 defa karşılanır.

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

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

Yapay Uzuv Teminatı	Bekleme Süresi	Ödeme süresi
Parmak, el, kol, bacak gibi vücuda implante edilen uzuvlar	Eureko Sigorta ilk sigortalılık tarihine göre 2 yıl	5 yılda 1 kez
Meme protezleri (kanser tanısında)	Eureko Sigorta ilk sigortalılık tarihine göre 2 yıl	Ömür boyu 1 kez
İşitme cihazı	Eureko Sigorta ilk sigortalılık tarihine göre 2 yıl	5 yılda 1 kez

## 3.2 İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

### 3.2.1 AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, doktor muayene, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri bu teminattan karşılanır.

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

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

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

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

### 3.2.2 İLERİ TANI TEMİNATI

BT (Bilgisayarlı Tomografi), eforlu EKG (Elektrokardiyografi), EKO (Ekokardiyografi), eforlu EKO (Eforlu Ekokardiyografi), holter EKG (Holter Elektrokardiyografi), MR (Manyetik Rezonans) nükleer tıp tetkikleri, gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi gibi endoskopik tetkikler ve bu işlemler dahilinde yapılan biyopsiler, kalp-koroner anjiyografi hariç her türlü anjiyografiler İleri Tanı Teminatı kapsamında karşılanır.

Her türlü biyopsiler (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 olan işlemler) İleri Tanı Teminatı kapsamında karşılanır.

### 3.2.3 HAMİLELİK VE DOĞUM

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

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

Hamilelik ve Doğum Teminatı **18 ile 44 yaş arası kadın** SİGORTALI'lar için bu hizmete özel [www.eurekosigorta.com.tr](http://www.eurekosigorta.com.tr) adresinde listelenen sadece ÖZEL ANLAŞMALI KURUMLAR'da geçerlidir.

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

SİGORTALI'nın Hamilelik ve Doğum Teminatı'na hak kazanabilmesi için Eureka Sigorta'da doğum teminatı olan bir planda hamilelik başlangıcı için **3 ay** bekleme süresini tamamlaması gereklidir.

### 3.2.4 CHECK-UP HİZMETİ

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

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

Check-up hizmeti, poliçe yılı içinde her SİGORTALI için bir (1) kez olmak kaydı ile kullanılabilir, kullanılmadığı takdirde bir sonraki poliçe dönemine devredilemez. Anlaşmalı Check-up merkezlerine randevu organizasyonu için ALO Eureko 0850 222 66 60 telefon numaraları aranarak yapılabilir. Bu hizmetin kullanılabilmesi için randevu organizasyonu mutlaka Eureko Sigorta tarafından yapılmalıdır.

Check-up hizmet kullanım içeriği:

- Genel Dahili Muayene
- EKG
- Tüm Abdomen USG
- Tam Kan Sayımı
- Sedimentasyon
- Açlık Kan Şekeri Glukoz
- Total Kolesterol
- HDL Kolesterol
- SGOT (AST), SGPT (ALT)
- Trigliserit
- BUN
- Kreatinin
- Akciğer Tek Yön (AP) Grafisi
- Tam İdrar Tahlili

### 3.3 HİZMETLER

#### 3.3.1 KANSER DESTEK TEMİNATI

İşbu teminat kapsamında; poliçe bekleme süresinden sonra ortaya çıkan vücudun bir organ veya dokusunda beliren bazı anormal hücrelerin kontrolsüz ve düzensiz bir şekilde çoğalması sonucu doku içine ve diğer dokulara yayılma ile karakterize; habis tümörün varlığı ile tanımlanan durumlar halinde poliçede belirtilen teminat limiti dahilinde SİGORTALI'ya ibra karşılığı ödeme yapılır.

Teminatının geçerliliği poliçe başlangıcından 30 gün sonra başlar. İlk 30 günlük süre içinde çıkan hastalıklarda ve poliçe başlangıç süresi öncesinde var olan hastalıklarda Kanser Destek teminat kapsamı dışındadır.

İlgili tazminat tutarı teminat altına alınan hastalıkların kesin teşhisi veya açıkça listelenen ameliyatın yapıldığı tarihinden itibaren SİGORTALI halen hayatta ise ödenir. Bu teminat, SİGORTALI şahsına ait ve SİGORTALI'nın hayatta olması şartına bağlı olarak verilmiş olup, mirasçılarının talep hakkı bulunmamaktadır.

SİGORTALI'ya ömrü boyunca Kanser Destek Teminatı'ndan ibraname karşılığı bir kez nakit ödeme yapılır ve teminat son bulur.

Tazminat ödenmesi sırasında, ödenmemiş sigorta primleri, ödenecek tazminattan düşülür. Kanser Destek Teminatı bir yıllık bir süre için verilir, RİSK gerçekleşmesi durumunda poliçe yenilemesi yapılmaz.

Teminatın geçerliği için tanının histopatolojik olarak konulması, patoloji raporu ve doktor raporları ile belgelenmesi gerekmektedir.

Bu hastalık tanımına aşağıdaki haller dahil değildir:

- Histolojik tetkikle saptanmış, maksimum 1,5 mm.den az kalınlıktaki veya invazyon derinliği Clark Seviyesi 3'ten az olan melanomalar,
- Cildin tüm hiperkeratozlar veya bazal hücre karsinomaları,
- Diğer organlara yayılımı olmadığı sürece, cildin tüm squamoz hücre karsinomaları,
- Çok erken döneme özgü, habaset değişiklikleri gösteren veya histolojik olarak premalign olarak tarif edilen tümörler,
- Hodgkin hastalığının (lenf kanseri türü) birinci evresi, hücre içinde (insitu) kalıp, yayılma özelliği bulunmayan kanserler,
- Rahim boyun kanseri tanısı; servikal displazi CIN-1, CIN-2, CIN-3 olanlar,
- Kaposi sarkoması,
- HIV (Human Immunodeficiency Virus-İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü) enfeksiyonu veya AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome- Edinilmiş Yetersiz Bağışıklık Sistemi Sendromu) ile bağlantılı diğer tümörler,
- Histolojik olarak TNM klasifikasyonunda (Tümör Evreleme için kullanılan uluslararası sınıflandırma) T1 olarak tarif edilmiş prostat kanserleri T1 (a) ve T1 (b) ve denk veya daha düşük bir klasifikasyona ait olanlar dahil,
- Metastaz yapmamış tiroid kanserleri,

### 3.3.2 KANSER 2. GÖRÜŞ HİZMETİ

İşbu teminat; kanser teşhisi konmuş SİGORTALI'lara yapılan patolojik tetkiklerin bu alanda otorite sayılan uluslararası kurumlarla işbirliği yapılarak ikinci görüşe sunulması, bu kapsamda moleküler tetkiklerinin yapılması, teşhisin güvenilir bir yerde doğrulanması yanında tedavi aşamasında yeni ilaçların belirlenebilmesi için önerilen ileri tetkikler hakkında yurtdışında yerleşik referans kanser merkezleri ve / veya referans laboratuvarlardan ikinci görüş alınmasını kapsar.

SİGORTALI'nın veya kurumunun ikinci görüş talebinin ve patoloji preparatlarının (parafin lam) SİGORTALI'ya ulaşmasının ardından önce patolojik tanının doğrulanması; ardından kemoterapi için gereken yönlendirmeler için ikincil görüş raporu alınır. Bu kurumlardan alınan öneri raporları SİGORTALI'ya ve / veya kurumuna bildirilir. Bu organizasyon Eureko Sigorta tarafından sağlanır.

Bu hizmetlerin kapsamı aşağıda açıklanmıştır:

- 1. Onkolojik Patoloji 2. Görüş:** Konulan patolojik teşhisin düzenlenmesi için SİGORTALI'dan alınan patoloji örneklerinin yurtdışında yerleşik referans patoloji merkezlerinden doğrulanması işlemidir.
- 2. Hematopatoloji:** Kan veya lenf bezi hastalıklarında teşhis konulması veya konulan teşhisin doğrulanmasının yanı sıra, tedavi için gerekli PCR, FISH ve sitogenetik inceleme yapılması işlemidir.
- 3. Moleküler tanı testleri:** Meme, akciğer, bağırsak, mesane, tiroid ve deri kanserleri için tedavi aşamasında yeni ilaçların etkinliğini belirlemek için yapılan gen mutasyon testleri işlemidir.

Kalıtımla geçen kanserlerin genetik testleri SİGORTALI'nın teşhis konmuş bir kanseri olması durumunda ödenir. SİGORTALI'nın aile bireylerinden birinin bu tür bir hastalığa yakalanması sonucunda SİGORTALI'nın tarama amaçlı olarak bu testleri yaptırmak istemesi halinde kapsam dahilinde değerlendirilmez.

Kanser ikinci görüş hizmeti, poliçe yılı içinde her SİGORTALI için bir (1) kez olmak kaydı ile

kullanılabilir. Hizmet kullanımı sonrası SİGORTACI tüm poliçe primine hak kazanır.

SİGORTALI, dilediği kişi ve kurumlardan kanser tanısı için hizmet almakta serbesttir. Oluşan rapor bir tavsiye niteliğindedir. SİGORTACI'nın bu konuda bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

### 3.3.3 DİŞ BAKIM PAKETİ HİZMETİ

Bu hizmet, SİGORTALI için Diş Bakım Paketi Özel ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda poliçe yılı içinde bir (1) kez olmak kaydı ile tüm planlarda geçerlidir. Anlaşmalı diş hekimi ve kurumlara ulaşmak için ALO Eureko 0850 222 66 60 telefon numaraları aranmalıdır. Bu hizmetin kullanılabilmesi için randevu organizasyonu Eureko Sigorta tarafından yapılmaktadır.

Diş Bakım Paketi hizmet kullanım içeriği:

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

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

### 3.3.4 KONTROL MAMOGRAFİ (MEME KANSERİ TARAMASI) HİZMETİ

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü kadın SİGORTALI'ların yılda bir kez kontrol mamografi ücreti poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır. Kontrol Mamografi Teminatı için geçerli kurum listesi, ürünün ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nden farklıdır. Hizmet için geçerli olan Özel ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'ne [www.eurekosigorta.com.tr](http://www.eurekosigorta.com.tr) adresinden veya ALO Eureko 0850 222 66 60'dan ulaşılabilir.

### 3.3.5 KONTROL PSA (PROSTAT KANSERİ TARAMASI) HİZMETİ

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü erkek SİGORTALI'ların yılda bir kez ve sadece bu işlemler için özel anlaşma yapılmış sağlık kurumlarında yaptıracakları kontrol PSA ücretleri, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Kontrol PSA Teminatı için geçerli kurum listesi, ürünün ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nden farklıdır. Hizmet için geçerli olan Özel ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'ne [www.eurekosigorta.com.tr](http://www.eurekosigorta.com.tr) adresinden veya ALO Eureko 0850 222 66 60'dan ulaşılabilir.

### 3.3.6 ACİL YARDIM (AMBULANS) HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren acil durumda, yerinde müdahale ve / veya en yakın sağlık kurumuna sadece kara ambulansı ile nakli için "Acil Ambulans ve Danışma" **0850 222 66 60** hattının aranması koşulu ile T.C. sınırları içinde bu hizmetin verilebileceği bölgelerde Acil Yardım Hizmeti'nden yararlanır.

Hayati tehlike göstermeyen tıbbi durumlarda, tedavi sonrası SİGORTALI isteği ile hastaneden eve veya bulunduğu hastaneden başka bir hastaneye sevki durumlarında geçerli değildir.

## 4 BEKLEME SÜRELERİ

Acil tıbbi durumlar hariç olmak üzere tüm diğer RİSK'ler için Yatarak Tedavi Teminatı ve Kanser Destek Teminatı, kişinin poliçe başlangıç tarihinden **30 gün** sonra başlar.

SİGORTALI'nın Hamilelik Ve Doğum Teminatı'na hak kazanabilmesi için Eureko Sigorta'da doğum teminatı olan bir planda hamilelik başlangıcı için **3 ay** bekleme süresini tamamlaması gereklidir.

Yapay Uzuv Teminatı'na konu giderler için Eureko Sigorta ilk sigortalılık tarihine göre **24 ay** tamamlanmış olması gereklidir.

## 5 İSTİSNALAR

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

**5.1** Poliçede SİGORTALI olarak kaydedilmeyen kimseler,

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

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

**5.4** Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık / durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler, kabul edilen hamilelik takibi hariç), her türlü gen tedavisi, bu işlem için gereken tetkikler, kök hücre nakilleri, kemoterapi ve / veya radyoterapi öncesi ve sonrası yapılan gen harita ve 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 SİGORTALI veya üçüncü şahısların tüm sağlık masrafları,

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

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

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

**5.8** Reçeteye yazılsa dahi;

- T.C. Sağlık Bakanlığı onaylı veya onaysız her türlü ilaçlar,
- Her türlü tıbbi malzemeler,
- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak, beslenmeyi desteklemek ve / veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, doğal maddeleri, vitaminleri, mineralleri içeren preparatlar,
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar/ürünler,
- Yurda kaçak sokulan ve / veya T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar, saç solüsyonu, kolonya, alkol,
- Doğum kontrol amaçlı kullanılan doğum kontrol hapları, kondom,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,

- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları,
- Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, bebek bakım kremleri,
- Nemlendirici amaçlı ürünler,
- Şeker ölçme stikleri ve kartuşları,
- Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, hidrofil pamuk,
- Termometre,
- Buz kesesi, sıcak su torbası,
- Kontakt lens ve ilgili bakım preparatları,
- Gözlük camı ve çerçevesi,

**5.9** Allerjik hastalıkların deri testleri, aşı giderleri, immunoterapi işlemleri ve allerjik rinit için uygulanan fototerapi (Rhinolight vb.)

**5.10** Her türlü aşı ile ilaçlar (bağışıklık sistemini güçlendirme amaçlı ve koruyucu aşılardan dahil),

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

**5.12** 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, ürostomi torbası, kolostomi torbası, tıbbi cihaz kiralama giderleri, insülin pompası ve aksesuarları,

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

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

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

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

**5.17** Lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayene giderleri,

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

**5.19** Estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri,

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

- 5.21** Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı'nda belirtilen tedaviler dışındaki algoloji (ağrı) tedavileri,
- 5.22** Kordon kanı alınması, saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli veya bu yöntemle yapılan tedavilere ait her türlü giderler (kansere nedeniyle kemik iliği nakli hariç),
- 5.23** Zührevi hastalıklara ait her türlü tıbbi giderler (genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar, siğiller, kondiloma akkümünata vb, molluscum contagiosum hariç),
- 5.24** Ameliyat teminatı kapsamında belirtilen koşullar dışındaki robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemle özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
- 5.25** Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlarda (Police şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan meme ucu hariç rekonstrüksiyon ameliyatlarda ve silikon malzemeleri ömür boyu sadece 1 kez olmak üzere kapsamdadır.) ile kontrol ve komplikasyonları, komedon tedavisi,
- 5.26** PRP (Plateler Rich Plasma-Trombositten Zengin Plasma) gibi alternatif tıp yöntemlerine ait giderler, anti-aging (yaşlanmayı geciktirici) çalışmalar için yapılan tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon giderleri, ilaç ve gereçleri (DHEA vb.) giderler,
- 5.27** Her ne sebeple olursa olsun botox uygulama giderleri,
- 5.28** Uyku apnesine yönelik yapılan polisomnografi ve polisomnografi sonucuna göre uyku apnesi tanısı ile yapılan cerrahi müdahaleler (UPPP, Uvulektomi vb.) hariç olmak üzere horlama-tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si vb.) ve tedavileri (cerrahi müdahaleler, CPAP cihazı vb.),
- 5.29** Mezoterapi , komedon tedavisi, telenjektazi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, yüzeysel varis tedavileri (sklerozan-lazer tedavileri vb.) ile ilgili giderler,
- 5.30** Nöralterapi ile ilgili tıbbi giderler,
- 5.31** Yardımcı sağlık personeline (diyetisyen, özel hemşire, ses ve konuşma terapistleri ve fizyoterapist vb.) ödenen ücretler,
- 5.32** Her türlü nedenle uygulanacak; yardımla üreme teknikleri (kısırlık tanısı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanısı-tedavi yöntem ve / veya komplikasyonları, AMH (anti müllerian hormon) takibi, doğum kontrolü yöntemleri ve ilgili ilaç ve gereçleri, isteğe bağlı küretaj, HSG (histerosalpingografi) spermogram, adhezyolisiz ile ilgili giderler,
- 5.33** Her türlü nedenle (fimosiz vb.) yapılan sünnet ve komplikasyonları,
- 5.34** Cinsiyet değiştirme operasyonları, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil),
- 5.35** HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. hastalıklara dair yapılan giderler,
- 5.36** 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,
- 5.37** Her türlü profesyonel sporlar ile amatör olarak yapılırsa dahi dağcılık, kayak, paraşütcülük, havada yolculuk dışı uçuş, tüplü, tüpsüz dalış, ralli, motokros gibi tehlikeli sporlar, sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sağlık giderleri,



- 5.38** Seyahat amaçlı motosiklet yolculuğu esnasında kaza sonucu oluşan sağlık giderleri,
- 5.39** Mevcut yasalara uygun ruhsat / sürücü belgesi (ehliyet) olmadan bir aracı kullanırken veya bu tarz bir araçta yolculuk yaparken oluşan sakatlık ve yaralanmalara ait sağlık giderleri (Ehliyet, SİGORTALI'nın kullandığı aracın sınıfına uygun olmalıdır.),
- 5.40** Tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, bir kişiden fazla refakatçi giderleri, hasta yoğun bakımda ise ayrıca oda masrafları, telefon, televizyon gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler, her türlü seyahat ve konaklama masrafları,
- 5.41** SİGORTALI için poliçede açıkça belirtilmeyen; diğer bütün teminatlar, poliçe şartlarında belirtilen kapsam dışı özel durumlar ve sağlık organizasyonu / kurumu tanımını karşılamayan yerlerde gerçekleştirilen harcamalar,
- 5.42** Hamilelik ve doğum ile bunlara bağlı komplikasyonlarının her türlü tıbbi giderleri bu teminatın poliçede olmaması halinde yapılan harcamalar,
- 5.43** Doğum Teminatı olsa bile yenidoğan bebeğe ait her türlü giderler ve kuvöz masrafları,
- 5.44** Organ ve kan nakli, kemik iliği nakli sırasında, alıcı SİGORTALI'mız ise verici durumundaki kişilerin tüm sağlık ve sair masrafları; verici SİGORTALI'mız ise, organ nakli süreci ve sonrasında tüm ameliyat, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri ve her durumda organın taşınma veya satın alınması masrafları,
- 5.45** Diş Tedavi Teminatı yok ise; diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
- 5.46** SİGORTALI ile kan bağı bulunan veya evli olan doktorun her türlü ücreti ve yapmış olduğu işlemlere ait giderler,
- 5.47** SİGORTALI'nın hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan hekimden alınan sağlık hizmeti giderleri,
- 5.48** İlk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. günden sonra yapılan kontrol muayene giderleri,
- 5.49** Sağlık Bakanlığı tarafından resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü tarafından faz 5 alarm düzeyi ve üzeri olarak ilan edilen salgın hastalıklara ait her türlü sağlık giderleri,
- 5.50** Güvenlik güçleri mensuplarının, her türlü patlayıcı madde, ateşli silah ve mühimmat ile meydana gelen yaralanmalarının tedavi ve rehabilitasyon masrafları,
- 5.51** 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.),
- 5.52** Tedavi sonrasında hastanın durumu ne olursa olsun sağlık kurumundan kişinin ikametgahına ya da bir başka sağlık kurumuna her türlü araçla nakli sırasında giderler,
- 5.53** SİGORTALI'nın hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,
- 5.54** Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler,
- 5.55** Evlilik, işe başlama, sportif faaliyetlere katılma vb. için alınan sağlık raporu giderleri,
- 5.56** 5510 sayılı SGK Kanunu çerçevesinde, SİGORTALI'nın SGK tarafından karşılanan sağlık yardımlarından yararlanabilme hakkının bulunmadığı durumlarda oluşan sağlık giderleri,
- 5.57** SGK'nın kendi mevzuatı kapsamında uyguladığı ve SGK tarafından SİGORTALI tarafından ödenmesi yasal zorunluluk olan sigortalı katılım payları,
- 5.58** SGK anlaşmalı bir kurumda gerçekleşse dahi MEDULA onayı olmayan ve / veya belgelenemeyen sağlık giderleri,

**5.59** Her durumda SGK ile anlaşması olmayan anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen sağlık giderleri SİGORTACI, yukarıda sayılan maddelere ek olarak teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik “teminat dışı kalan haller” başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, her bir SİGORTALI için yenilenen poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

## **6 COĞRAFI KAPSAM**

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

## **7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI**

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

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

## **8 TAZMİNAT ÖDEMESİ**

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

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

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

### **8.1 SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ**

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

Bu poliçe yurtiçinde ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda “Doğrudan Ödeme” kapsamında poliçede belirtilen şartlarda SİGORTALI'ların tetkik ve tedavilerini karşılar. Bu poliçe acil olsa dahi yurt dışında (K.K.T.C. yurtdışı sayılır.) yapılacak tetkik ve tedavileri kapsamaz. SİGORTALI veya yakını, tedavi öncesi ya da sonrasında sağlık giderlerini ödemediği önce, SİGORTALI'nın sigortadan yararlanabilmesi için sağlık hizmetini aldığı kuruluşa kimlik tespiti için gerekli belgelerin fotokopisini vererek ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞU'nun Eureko Sigorta'dan provizyon almasına yardımcı olması gerekmektedir.

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

Trafik kazaları nedeniyle oluşabilecek sağlık hizmeti giderleri 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 sigortaları düzenleyen sigorta şirketlerinin anılan poliçeler çerçevesindeki sorumlulukları saklıdır. Bu sigorta şirketleri, ilgili poliçe teminat kapsamı dahilinde, 13.02.2011 tarihli ve 6111 sayılı Kanun ve yönetmelik uyarınca trafik kazası nedeniyle yapılan sağlık hizmeti bedelinden Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödeme yükümlülüğünü aşan hizmet bedelini ödeyeceklerdir." talimatı doğrultusunda işleme alınabilecektir.

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

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

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

- Kanser Destek Teminatı'na konu olan tıbbi durumun gerçekleşmesi halinde tanıyı ispatlar doktor raporu, patoloji raporu ve operasyon söz konusu ise ameliyat raporu, ibraname ile değerlendirilerek poliçede belirtilen limit ve ödeme oranı çerçevesinde sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI Listesi'nde bulunduğu halde SİGORTACI'dan provizyon onayı alınamamış kurumlardaki sağlık harcamaları SİGORTALI tarafından sağlık kurumuna ödenmesi ve MEDULA onayının belgelenmesi kaydıyla maksimum SİGORTACI'nın ilgili kurum ile yapmış olduğu anlaşma fiyatları baz alınarak sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- SGK anlaşması olan anlaşmasız kurumlarda SGK ile anlaşmalı bulunan branşlarda gerçekleşen işlemlerde MEDULA onayı olması ve belgelenmesi koşuluyla ilgili teminatın poliçede üzerinde belirtilen anlaşmasız kurum ödeme limit ve yüzdesi ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- Anlaşmasız kurumlarda Genel Sağlık Sigortası 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' için teminat geçersizdir. Aşağıda ismi belirtilmiş olan ve SGK tarafından **İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri** adıyla listelenmiş olan tıbbi işlemler için SİGORTACI'nın sorumluluğu bulunmadığından SİGORTALI'ya geri ödenme yapılamaz.

**İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri:**

- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Hemodiyaliz tedavileri,
- SUT eki EK-2/B ve EK-2/C Listesindeki 618200-P618200 kodlu "Koklear implant yerleştirilmesi" işlemi.

- Check-up, Mamografi, Diş Bakım Teminatları için hizmet alınan ilde ANLAŞMALI KURUM olmaması durumunda gerçekleşen giderler; SİGORTACI'nın işlem öncesi onayı olması halinde her bir hizmet için 50 TL limit ile fatura ile belgelenmesi durumunda sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- SİGORTALI'nın anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen sonradan ödeme kapsamında talep edilen tazminat talepleri aşağıdaki şekilde işleme alınacaktır:
  - Sağlık kurumundan SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura, faturanın alınamadığı durumlarda ise kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve tıbbi raporlar ile birlikte Sağlık Gider Formu 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 doktorun 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.
  - Tazminat ödemelerinde muaccel sigorta primleri mahsup edilir.

## 9 SÖZLEŞMENİN YENİLENMESİ VE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

### 9.1 POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

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

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

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

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

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı otomatik olarak yenilenmemiş poliçenin sahibi poliçenin vade sonu itibari ile 30 gün sonrasına kadar poliçesinin yenilenmesi için talepte bulunabilir.

Bu süre içinde meydana gelen RİSK'ler için SİGORTALI'nın hakları saklı tutulur.

Ancak poliçe yenileme talebinin yapılacağı 30 günlük süre içerisinde öğrenilen rahatsızlık ve hastalığın başlangıcı, yenilenmesi istenen poliçenin vade sonuna kadar olan süre içinde meydana gelmiş ise SİGORTACI'nın bu RİSK'leri yeniden değerlendirme hakkı saklıdır. Yenilemenin en geç önceki poliçenin vade sonu itibari ile 30 gün sonrasına kadar yapılması gereklidir. Aksi durumda SİGORTACI'nın, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan RİSK'leri teminat altına almaması ile yenileme yapmama hakkı saklıdır.

Beyan ve Bilgilendirme Formu ile otomatik olarak yenileme talep eden SİGORTALI'lara ait

poliçelerin yenileme teklifleri vade bitiminden 30 gün öncesinde oluşturulmakta ve otomatik yenileme talebinde bulunan SİGORTALI'lar, kişisel internet şubesi / SMS / Eureka Sigorta sağlık satış ekipleri kanalları ile bilgilendirilmektedir.

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

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

SİGORTA ETTİREN'e ait otomatik yenilenecek poliçenin Sağlık Sigorta 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 rahatsızlık ve / veya hastalık için önceden karar verilmiş, SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI tarafından bilinmeyen bir muafiyeti var ise kişinin rahatsızlık / hastalıklarla ilgili durumunu beyan ettiği günden itibaren SİGORTACI, rahatsızlık ve / veya hastalıkları inceleyerek bu kişileri poliçe kapsamına almayabilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir, ilgili rahatsızlık ve hastalıkları kapsam dışı bırakabilir.

## **9.2 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ**

23.10.2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları yönetmeliğinde tarif edilen ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ VEYA HERHANGİ BİR YENİLEME GÜVENCESİ BU ÜRÜNDE VERİLMEMEKTEDİR.

## **9.3 YENİLEME TARİHİNDEN ÖNCE DÜZENLENEN POLİÇELERDE UYGULAMA**

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

SİGORTACI; yenileme dönemlerinde tüm SİGORTALI'lar için geçerli olmak üzere teminatları, teminat limitlerini ve teminatlara bağlı primleri özgürce belirleme ve işbu özel şartlarda değişiklik yapma haklarını saklı tutar.

## **9.4 POLİÇE / PLAN DEĞİŞTİRME**

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

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

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

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

## 10 PRİM TESPİTİ

### Tarife primine ilişkin düzenlemeler:

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

Tarife primi belirlenirken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği 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, teknolojidaki 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 hastalık ve tedavi RİSK dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır.

Tarife primi, gerekli görüldüğünde Sigorta Şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda her yıl yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir. Şirket SİGORTALI bazında her yıl en fazla bir önceki yıl toplam primi üzerinden maksimum %300'e kadar prim arttırabilir.

### SİGORTALI'nın primine ilişkin düzenlemeler:

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

SİGORTALI'nın poliçeyi kullanma sıklığı bu üründe fiyata etki etmemektedir. Bu üründe hasarlılık sürprimi ve hasarsızlık indirimi uygulanmamaktadır. Yenileme döneminde bir önceki poliçesinde mevcut olan hastalık sürprimi devam ettirilebilir ve / veya yeni hastalık sürprimi uygulanabilir. Hastalık nedeniyle uygulanan sürprim tüm hastalıklar için SİGORTALI bazında toplamda en fazla tarife primi üzerinden maksimum %300 olabilir.

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

## 11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

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

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

Bebek için uygulanan şartlar evlat edinilmesi durumunda da geçerlidir. Diğer durumlarda ise sadece yenileme döneminde poliçeye giriş başvurusu dikkate alınacaktır. SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan poliçenin özel şart ve primleri geçerli olacaktır. Eş / çocukların poliçe başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde kişi başı alınacak prim; 6 ay ve üzeri zeyillerde gün esaslı, 6 aydan kısa süreli sigortalılık söz konusu ise en az 6 aylık olarak tahsil edilecektir.

## 11.1 BAŞVURU FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

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

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

## 11.2 SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

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

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

SİGORTACI Sağlık Sigortası Genel Şartları, Türk Ticaret Kanunu ve diğer ilgili düzenlemelerin kendisine verdiği haklar dahilinde mevcut hastalıklar / rahatsızlıklara istinaden poliçeyi sona erdirebilir, limit ve teminatlarında kısıtlama yapabilir, sürprim uygulayabilir veya ilgili rahatsızlık / hastalıkları kapsam dışı bırakarak kalan teminatlarla poliçeyi devam ettirebilir.

Ayrıca, başka bir şirketten poliçesi olması durumunda SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık döneminde ortaya çıkmış herhangi bir rahatsızlık / hastalık için beyanda bulunması esastır.

## 11.3 TEKLİF FORMUNDA BEYAN EDİLEN RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR

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

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

## 12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Başka sigorta şirketinden geçiş olması durumunda önceki sigorta şirketindeki kazanılmış haklar devam ettirilmemektedir.

Eureko Sigorta bireysel ve / veya grup muadili bir sağlık poliçesinden bu poliçeye geçiş yapılıyor olması halinde de kazanılmış haklar devredilmez.

## 13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

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

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

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

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

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

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

- SİGORTALI'ya ödenen tazminatlar, SİGORTACI'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, SİGORTA ETTİREN' in ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek SİGORTA ETTİREN'e iade edilir.
- SİGORTALI'ya ödenen tazminatlar, SİGORTACI'nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor ancak SİGORTA ETTİREN' in ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek SİGORTA ETTİREN'e iade edilir.
- SİGORTALI'ya ödenen tazminatlar, SİGORTACI'nın hak kazandığı prim tutarını ve SİGORTA ETTİREN'in ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, SİGORTACI'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen SİGORTALI çıkışı taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

### **13.2 SİGORTALI'NIN POLİÇE SÜRESİ İÇİNDE VEFATI**

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

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

SİGORTALI'nın, poliçe başlangıç tarihinden ve / veya teminat zeyilname ile verilmiş ise zeyilname başlangıç tarihinden itibaren bekleme süresi sonrası RİSK gerçekleştikten sonra Kansere Destek Teminatı'ndan tazminat ödemesi yapılmasını takiben vefat etmesi halinde, poliçe ve teminat sona erer ve SİGORTACI primin tamamına hak kazanır.

SİGORTALI'nın, poliçe başlangıç tarihinden ve / veya teminat zeyilname ile verilmiş ise zeyilname başlangıç tarihinden itibaren bekleme süresi içinde RİSK gerçekleştikten sonra vefat etmesi halinde Hastalık Destek Teminatı tazminat ödenmeksizin sona erer ve kalan sigorta müddeti için gün esaslı prim iadesi yapılır.

### **13.3 PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK**

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

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

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



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

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

#### **14 POLİÇE SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER**

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

#### **15 RÜCU HAKKI**

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

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

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

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

#### **16 KONTROL YETKİSİ**

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

#### **17 GİZLİ BİLGİ VE TİCARİ SIR**

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

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla SİGORTALI'nın erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının

verilmesi ile RİSK değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde yetkili mercilerden, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM)'nden, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve diğer her türlü özel ve kamu kurumu ve kuruluşundan (savcılık, askerlik şubeleri, muhtarlıklar, İş Kur ve nüfus daireleri vs.) ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi / belge ve kayıtların SBGM, reasürans şirketleri, sigorta şirketleri ve sigorta şirketlerinin bu amaçla yetkilendirdiği kurumlar, sigorta sözleşmesine aracılık eden aracılar ve asistans firmaları ile paylaşılmasına, bunlardan örnek alınması ve saklanmasına, çevre araştırması yapılmasına rıza göstermiş sayılır. Kurum ve kuruluşlardan talep edilen bilgi / belge ile araştırılan / ihtiyacın uyumlu ve direkt bağının bulunması gerekmektedir.

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

## **18 ANLAŞMAZLIKLAR**

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

## **19 BİLDİRİMLER**

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

## **20 EKONOMİK YAPTIRIMLAR**

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

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