

SAĞLIĞIM SİZDE (YABANCI SAĞLIK SİGORTASI) SAĞLIK BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu metin, poliçelerde taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla, 14.02.2020 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

İşbu metin, taraflarca imza edilmiş/onaylanmış olsa bile, taraflar arasında ayrıca bir teklife konu edilmiş ve/veya sigorta sözleşmesi ile sonlanmış olmadıkça, tek başına hiçbir şekilde bir teklif veya sözleşme anlamına gelmez.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Acente Kod/Ünvan : 31223 / ENKİ SİGORTA ARACILIK A.Ş.

Adres : NİSPETİYE MH GAZİ GÜÇNAR SK UYGUR İŞ MERKEZİ BINA NO 4/11 KAT 0 0 BEŞİKTAŞ BELDESİ
BEŞİKTAŞ İSTANBUL TÜRKİYE

Telefon Numarası : 212-3558989

Vergi Dairesi : 34251

Vergi Numarası : 3350756881

Levha No : T191016-LEL9

Teminat veren Sigortacı'nın

Ticaret Ünvanı : TÜRK NİPPON SİGORTA A.Ş.

Adresi : Mahir İz Cad. No: 24 Altunizade -Üsküdar 34662 İstanbul

Telefon No: 0 216 554 11 00

Faks No: 0 212 310 69 19

E-Mail : info@turknippon.com <mailto:info@turknippon.com>

Türk Nippon Müşteri Hizmetleri: 444 8 867

Faaliyet Konusu: Sigortacılık İşlemleri

B. UYARILAR

1. Sigorta sözleşmeleri, Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu gereğince kısa dönem ikamet izni başvurularında yaptırılması gereken özel sağlık sigortasıdır. Poliçe başlangıç tarihinden sonra oluşan riskleri, sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde, poliçede belirtilen teminatlar, Türk Ticaret Kanunu ("TTK"), Genel Şartlar ve Poliçe Özel Şartları kapsamında teminat altına alır. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi sahibi olmak için, Sigortacı tarafından poliçe ekinde verilecek Sağlık Sigortası Genel Şartları, Sağlık Sigortası Özel Şartları ve sözleşme/poliçenizi dikkatlice okuyunuz.
2. Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, poliçenin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde T.C sınırlarında ikamet eden yabancı uyruklu kişiler sigortaya kabul edilirler. İkamet izni başvurusunda bulunanlar Türkiye'de yerleşik kişi sayılır. T.C vatandaşları bu ürün kapsamında sigortalanamaz.
3. Sağlık Başvuru Formları, Poliçe Özel Şartları, Genel Şartlar ile şirketimizin risk değerlendirme kuralları çerçevesinde değerlendirilecektir. Risk değerlendirmesi sonrasında ilk teklif primlerini değiştirme, hastalık istisnası ve/veya hastalık ek primi uygulama veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Başvuru aşamasında ödeme yapılması durumunda bu ödeme ön ödeme olarak nitelendirilecek olup başvurunun şirket tarafından kabul edilerek poliçenin tanzim edilmesi halinde prim ödemesi sayılacak, poliçe kabul edilmemesi durumunda iade edilecektir.
4. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan kişilerden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta (e-mail) adresinden birinin iletilmiş olması gereklidir.
5. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. Primin tamamı veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi, Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, Sigortacı, sigorta ettirene 10 günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi halde süre sonunda sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır. Bir sigorta donemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Sigorta priminin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde, riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur.
6. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
7. İptal işleminin yapılabilmesi için aşağıdaki koşullarla birlikte, sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir. İptal talebi üzerine şirketin hak etmediği prim, Özel Şartlar'ın "Sigorta Sözleşmesinin Sona Erme Esasları" başlıklı 13. maddesi gereğince iade edilir.
 - İkamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin sigorta şirketine ibrazında,
 - İkamet izninin iptalinde,
 - 5510 sayılı Sosyal sigorta ve Genel Sağlık sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazında,
 - Ülkeden çıkış tarihini gösterir gerekli belgelerin,
 - Vefat halinde gerekli belgelerin sigorta şirketine gönderilmesi gerekmektedir.
8. Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri

SAĞLIĞIM SİZDE (YABANCI SAĞLIK SİGORTASI) SAĞLIK BİLGİLENDİRME FORMU

belgelerini poliçe kapsamında diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

9. Poliçe, sigorta süresinin bitiminden önce sigorta ettiren ve Sigortacı'nın karşılıklı anlaşması ve Özel Şartlar'ın "Poliçenin Yenilemesi" maddesinde belirtilen koşullarla yenilenebilir. Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, poliçeler, en geç vade tarihinde düzenlenir ve sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur.
10. Sözleşme kurulmadan önce, sigortacı tarafından sorulan sorulara doğru cevap verilmesi, bilinen ve bilinmesi gereken bütün hususların bildirilmesi, eksik ve yanlış bilgi vermekten kaçınılması ve sözleşmenin devamı sırasında değişen durumlara ilişkin sigortalının bilgilendirilmesi, riziko gerçekleştiğinde sigortacıya derhal bilgi verilmesi gerekmektedir. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortalının teklifi reddetme, sözleşme kurulmuşsa sözleşmeden cayma, sözleşmeyi feshetme, hastalık ek primi almak suretiyle sözleşmeye devam etme, prim artışı yapma veya hastalık istisnası uygulama hakları saklıdır. Bilgilendirme yükümlülüğünün gereği gibi yerine getirilmemesi halinde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir. Bilgi için Özel Şartlar'ın Beyan Yükümlülüğünün Yerine Getirilmemesi maddesini inceleyiniz.
11. Türk Nippon Sigorta, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil ve bunlarla sınırlı olmaması kaydıyla Kişisel Verilerin Korunması Kanunuyla ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve / veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

12. Sigorta Şirketi, sona eren poliçenin Ödenen Tazminat /Alınan Net Prim Oranına bakarak, poliçenin yenilenmesi halinde yeni döneme ait poliçenin primine ek primi uygulayabilecektir.

13. Türk Nippon Sigorta, anlaşmalı sağlık kuruluşlarını değiştirme hakkına sahiptir. Ürünlere özel güncel anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız www.turknippon.com <<http://www.turknippon.com>> adresinde bilgilendirme amaçlı yer almaktadır.

14. Yatarak Tedavilerin Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında yapılabilmesi için en az 48 saat önce Provizyon Merkezi'nden onay alınması gerekir.

C. GENEL BİLGİLER

1. Sağlığım Sizde Sağlık Sigortası poliçesi, sadece Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu gereğince kısa dönem ikamet izni başvurularında yaptırılması gereken özel sağlık sigortası olup, sigortalı giderleri poliçe özel şartları dahilinde karşılanacaktır. Şirketimizin Sağlığım Sizde sağlık sigortası için Anlaşmalı sağlık Kurumlarında ve Anlaşmasız Sağlık kurumlarında geçerli olacaktır. Anlaşmalı Kurum ve Anlaşmasız Kurum limitleri poliçede ayrıca belirtilmektedir.
2. Sağlığım Sizde Sağlık Sigortası poliçesi kapsamında sadece Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, poliçenin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde T.C sınırlarında ikamet eden yabancı uyruklu kişiler sigortaya kabul edilirler. İkamet izni başvurusunda bulunanlar Türkiye'de yerleşik kişi sayılır. T.C vatandaşları bu ürün kapsamında sigortalanamaz.
3. Bu sigorta ile Sigortalı/Sigorta Ettiren'in talep ettiği ve onayladığı Sağlık Sigortası Paket içeriğinde belirtilen teminatları sağlanmaktadır. Doğum tarihi itibarıyla 15 gününü tamamlamış bebekler ve 65 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir.
4. Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Poliçede aksi belirtmediği sürece aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya bekar (25 yaş altı) çocuklardan/evlatlıklardan ibarettir.
5. Primler sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, Sağlık Hizmet Tarifesinde yapılan değişiklikleri gibi kriterler çerçevesinde belirlenir. Sigortacı, Tarife Primi"ni belirli aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller. "Sağlık Tarife Primi" ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır. Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.
6. Kesintisiz Bireysel Yenileme poliçelerinde ek prim aşağıdaki koşullara uygun olarak verilir. Sigortalının yürürlükteki poliçe döneminde "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak bulunur. Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirilecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşme hakkına sahiptir.
7. Teminat dışı haller için Sağlık Sigortası Özel şartları ve Genel Şartları metninde belirtilmiş durumlara bakınız. Beyan edilmiş dahi

SAĞLIĞIM SİZDE (YABANCI SAĞLIK SİGORTASI) SAĞLIK BİLGİLENDİRME FORMU

olsa teminat dışı kalan hallerde belirtilen durumlar poliçede kapsam dışıdır. Sigortacı "Teminat Dışı Kalan Haller"de değişiklikler yapabilir.

8. Aşağıda yazılı hastalıklar ile ilgili tüm tedaviler ve komplikasyonlar, ilk doktor muayene dışında ayakta tedavi ve yatarak tedavi ile ilgili sağlık giderleri sigorta kapsamına dahil olduktan sonra aşağıdaki bekleme sürelerinin tamamlanması halinde (Triyaj uygulamasındaki kırmızı alan / Acil durumlar hariç) teminat kapsamına alınmaktadır.

1. Aynı tarihte birbiri ardına kesintisiz başlamak üzere tanzim edilen poliçeler, ikamet izni süresi boyunca otomatik yenilemeli poliçeler, vade bitim tarihinden itibaren kesintisiz başlamak üzere aynı sigorta şirketinden yenilenen poliçeler ve aynı sigorta şirketi nezdinde düzenlenen yeni poliçeler için bekleme süreleri, ilk sözleşmenin akdedildiği tarih itibarıyla yalnızca ilk sözleşme için uygulanır.

2. Uygulanacak bekleme süreleri sigorta şirketinin ayakta tedavi teminatları için yarısını, yatarak tedavi teminatları için ise dörtte üçünü geçemez.

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar (beyan edilmiş ya da tanısı henüz konmamış olsa bile beyan edilmemiş yakınmalar ile ilgili tüm sağlık giderleri,) ile poliçede istisna, teminat dışı olarak belirtilmiş olan tüm hastalıklar bekleme süresini doldurmuş dahi olsa teminat dışıdır.

- Her türlü fıtık, (göbek, kasık, mide, omurga, bel fıtığı, boyun fıtığı vb.),
- Anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür, fistül, sfinkterotomi, pilonidal sinüs, perianal abse ve bartolin absesi/kisti,
- Rahim, rahim ağzı, over ve tuba hastalıkları (yumurtalık kistleri, miyom, endometriozis vb.),
- Orta kulak iltihabı, kulak zarı cerrahisi ve tüp takılması, işitme cerrahisi (timpanoplasti, stapedektomi),
- Katarakt, glokom ve retina hastalıkları vb.),
- Eklem ve bağ hastalıkları (kıkırdak, sinovya ve bağ lezyonları, koksartroz , omuz, dirsek, ayak bileği, diz, menisküs, kalça eklemi v.b.),
- Tüm romatolojik ve otoimmün hastalıklar, (multiple skleroz , SLE,(Lupus)
- Sarkoidoz tanısı ve tedavi giderleri,
- Meme hastalıkları,
- Bademcik, geniz eti hastalıkları ve burun polipleri, sinüzit ve kafa sinüs hastalıkları,
- Tiroit bezi, paratiroid bezi hastalıkları ve guatr,
- Omur ve disk hastalıkları (omurga ve intervertebral disk hastalıkları),
- Safra kesesi, safra taşları ve safra yolu hastalıkları,
- Kaza sonucu hariç pankreas ve dalak hastalıkları,
- Üriner sistem hastalıkları (böbrek, üreter, mesane, üretra, idrar yolu hastalıkları ve ESWL, diyaliz ile ilgili sağlık harcamaları),
- Karaciğer hastalıkları, (Siroz, kist hidatik vb.),
- Stres inkontinansı, sistorektosel, prolapsus uteri ve kadın üreme organlarının deformasyonu sonucu gerçekleşecek her türlü sağlık harcamaları,
- Prostat bezi hastalıkları (TUR dahil),
- Trigger finger, tuzak nöropatiler, karpal tünel sendromu,
- Her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, koah, diabetes mellitus vb.),
- Kalp ve damar sistemi hastalıkları, (koroner by-pass, anjio, anjiyoplasti, anevrizma, kalp kapağı ve kalp pili,
- Her türlü varis, venöz yetmezlik
- Mide ve yemek borusu hastalıkları (gastrit, ülser, gastroözofajial reflü vb.), ince ve kalın barsak hastalıkları, GIS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar,
- Her türlü organ yetmezlikleri, organ nakli tanısı ve tedavi giderleri,
- Bütün endoskopik ve girişimsel-invazif teşhis işlemleri, (ERCP, laparoskopik, artroskopik vb. işlemler.),
- Her türlü kitle, lezyon (tümör, lipom, siğil, verrü, nevüs, polip, nodül vb.), kist (higroma, ganglia, deri, deri altı, böbrek, vajinal vb.)
- Her türlü kanser tedavisi (kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve diğer giderler)
- Nörolojik hastalıklar
- Uvula elengasyonu

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

Acil Durum:

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanmış olan ve "Acil Durum" olarak değerlendirilen haller aşağıdaki gibidir.

- Suda boğulma
- Tecavüz
- Yüksekten düşme
- Ciddi iş kazaları, uzuv kopmaları
- Elektrik çarpması
- Donma, soğuk çarpması
- Isı çarpması
- Ciddi yanıklar
- Ciddi göz yaralanmaları
- Zehirlenmeler
- Anafilaktik şok
- Omurga ve alt - üst ekstremité kırıkları

SAĞLIĞIM SİZDE (YABANCI SAĞLIK SİGORTASI) SAĞLIK BİLGİLENDİRME FORMU

- Kalp krizi, hipertansiyon krizleri (sigorta başlangıç tarihinden sonra oluşan)
- Akut solunum problemleri
- Şuur kaybına neden olan her türlü organik kusur
- Ani felçler
- Ciddi genel durum bozukluğu
- Yüksek ateş (39.5°C ve üzeri)
- Diabetik ve üremik koma
- Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği dializ hastalığı
- Akut batın
- Akut masif kanamalar
- Menenjit (beyni saran zarların iltihabıdır)
- Renal kolik

9. Bu üründen başka bir sağlık ürününe veya başka sağlık ürününden bu ürüne geçişte herhangi bir hak devri yapılmaz.

10. Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı' nın sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur. İptal işlemi için aşağıdaki koşulların sağlanmış olması halinde, sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

- İkamet izin süresini kapsayan yeni bir özel sağlık sigortası sözleşmesinin şirkete ibrazında,
 - İkamet izninin iptalinde,
 - 5510 sayılı Sosyal sigorta ve Genel Sağlık sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazında,
 - Ülkeden çıkış tarihini gösterir gerekli belgelerin iletilmesi halinde,
 - Vefat halinde,
- Bu koşulların sağlanması halinde İptal talepleri değerlendirmeye alınır.

11. Aksi taraflarca kararlaştırılmadığı sürece sigorta poliçe süresi 1 yıldır. Bu üründe Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunmamaktadır. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen saat 12.00'de sona erer. Yenilemeye ilişkin sigortacının, risk değerlendirmesi yapma ve poliçeyi yenileyip yenilememe hakkı saklı kalmak kaydı ile tarafların anlaşması ve Özel Şartlar'daki belirtilen koşulların varlığı halinde sigorta poliçesi aksi taraflarca kararlaştırılmadığı sürece 1 yıl süre ile yenilenebilir. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda Sigortacı'nın, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almama hakkı saklıdır.

12. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için poliçede teminat bulunmamaktadır.

13. Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırabilme hakkı vardır.

D. TEMİNATLAR

1. Bu sigorta, poliçede teminat olarak belirtilmiş olanlarını, yine poliçede belirtilen network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/ istisnalar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar. İşbu ürün 16/06/2021 tarih ve 2021/8 sayılı Vize ve İkamet Taleplerinde yaptırılacak özel sağlık sigortalarına ilişkin genelgede belirlenen asgari teminatın yapısını kapsamaktadır. Teminatlar sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.
2. Sağlık sigortası teminatı, Sigortalı'nın sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan rahatsızlıklarına (mevcut hastalıklar beyan edilmiş olsun/olmasın kapsam dışıdır) ait sigorta süresi içinde gerçekleşen sağlık giderlerini tazmin etmeye yöneliktir.
3. Bu sigortayla Yatarak Tedavi teminatı ve Ayakta Tedavi teminatları sağlanmaktadır. Teminatlara ilişkin detaylar Teklif/Poliçe ve Poliçe Özel Şartlarında yer almaktadır. Sözleşmenin kurulması sırasında tercih edeceğiniz Network ve teminatların ihtiyacınızı karşılayacak nitelikte olmasına dikkat ediniz.
4. Networkler kapsamındaki tüm anlaşmalı sağlık kurumları Şirketimizin kurumsal internet sitesi olan <http://www.turknippon.com/> adresinde detaylı bir şekilde belirtilmekte, düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Bunun dışında bilgi almak için Müşteri Temsilcinizi / Acentenizi veya Türk Nippon Müşteri Hizmetlerini de arayabilirsiniz.

Hastaneye gitmeden önce <http://www.turknippon.com/> adresinde yer alan Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesinden tercih etmiş olduğunuz kurumun poliçenizde geçerli olup olmadığını kontrol etmenizi önemle rica ederiz.

Sigortacı, Network'lerde yer alan sağlık kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network'ler dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumları ile Sigortacı arasında sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

E. RIZIKONUN GERÇEKLESMESİ

1. Sözleşmenin kurulması (sözleşmenin yapılması) sırasında teminatlarının limitlerine katılım payına özel istisnalara (varsa) özel şartlarına dikkat ediniz. Sigorta teminat limiti poliçede yazılı olan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının ödemeyi taahhüt ettiği teminat limitinin azami tutarıdır.

SAĞLIĞIM SİZDE (YABANCI SAĞLIK SİGORTASI) SAĞLIK BİLGİLENDİRME FORMU

- Sigortacı, tazminat ödenmesi söz konusu olduğu hallerde, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigortalının yapmış olduğu masraflarını poliçede yazılı limitlere kadar katılım payı özel istisnalar ve özel şartlara göre öder. Tazminat değerlendirmesi sırasında gerekli harcama belgelerinin asıllarının sigortacıya verilmesi şarttır.
- Anlaşmalı ve Anlaşmasız kurum/kuruluş olarak iki kurum uygulaması bulunmaktadır. Bu kurum tiplerine göre teminat limitleri poliçede belirtilmektedir. Poliçede belirtilen Yatarak ve Ayakta tedavi limitlerinden bu teminatlara bağlı olan teminat limitleri düşülerek kullanılır. Poliçede belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kurumu ve Anlaşmasız Sağlık Kurumu limitleri ortak tek limittir. Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen brüt limit, Sigortacı tarafından ödenen Tazminat tutarı ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarları toplamının düşürülmesi ile belirlenir.
- Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almalıdır. Tercih edilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "Anlaşmalı kuruma doğrudan ödeme" yapılır.
- Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Anlaşmasız Doktorlar ve/veya sağlık kurumunun kadrolu/kadrosuz Doktoru olup Türk Nippon Anlaşmasını kabul etmeyen Doktorları tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; Sağlık Hizmet Tarifesi ile belirlenmiş ve olay tarihindeki asgari ücretle sınırlı olup poliçede belirtilen Anlaşmasız Sağlık Kurum limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.
- Poliçede tercih edilen Network dışında gerçekleşen sağlık hizmetlerine (acil durumlar dahil) ait giderler poliçede belirtilen Anlaşmasız Sağlık Kurumu limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Bu sağlık kurumunun Doktorları tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; Sağlık Hizmet Tarifesi ile belirlenmiş ve olay tarihindeki asgari ücretle sınırlı olup poliçede belirtilen Anlaşmasız Sağlık Kurum limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.
- Yurtdışı sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri teminat kapsamı dışındadır. KKTC yurt dışı olarak kabul edilir.
- Tedavi masrafı miktarında anlaşılamayan durumlarda taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini poliçede belirtilen hükümlere göre tayin eder. Bu husus noter eliyle diğer tarafa bildirilir. Taraflar incelemeye geçmeden üçüncü hakem bilirkişisini seçer.

F. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Rizikonun gerçekleşmesi halinde Sigortacı'nın ödemeyi taahhüt ettiği tutar, Poliçede/Sertifikada yazılı olan Anlaşmalı Kurum, teminatlar, limitler ve ödeme oranları ile sınırlı olup tazminat talebi, Türk Ticaret Kanunu, Poliçe Özel Şartları ile Genel Şartlar kapsamında değerlendirilir. Katılım payları ve teminat limitinin üzerindeki harcamalar sigortalının sorumluluğundadır.

Poliçede tercih edilen Network'de yer alan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri, kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan anlaşmalı kuruma ödenir.

Poliçede teminatın anlaşmasız kurumda geçerli olduğunun belirtilmesi durumunda, tercih edilen Network dışında yer alan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderlerinin değerlendirilebilmesi için mutlaka fatura ekinde işleme ilişkin belgelerin, tıbbi raporların Sigortacıya eksiksiz gönderilmesi gerekmektedir. Tazminat başvurusu için gerekli bilgi ve belgeler Poliçe Özel Şartları'nın "Sağlık Giderlerinin belgelendirilmesi" maddesinde belirtilmiştir.

Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren Poliçe Özel ve Genel Şartları ile Türk Ticaret Kanunu'nda öngörülen süreler içinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

- TÜRK NIPPON Sigorta A.Ş. tahkim sistemine üyedir.
- Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için yukarıda bilgileri verilen Sigorta Şirketine başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Adresi : Mahir İz Cad. No: 24 Altunizade -Üsküdar 34662 İstanbul

Faks No: 0 212 310 69 19

E-Mail : info@turknippon.com <<mailto:info@turknippon.com>>

Türk Nippon Müşteri Hizmetleri: 444 8 867

H.TEBLİGAT

Sigorta ettiren/sigortalıya ait poliçede yer alacak olan iletişim bilgileri (adres, e- posta ve GSM) doğru ve tam olarak kabul edilecektir. Sigorta ettiren/sigortalının iletişim bilgilerinin sigortacıya doğru veya tam olarak bildirmemiş olması, poliçedeki hatalı ve/veya eksik iletişim bilgilerinin düzeltilmesinin talep edilmemesi, poliçedeki iletişim bilgilerinin değişikliği için sigortacıya yazılı olarak bildirimde bulunulmaması durumlarında, Sigortacı'ya bildirilmiş olan son iletişim adresi ve/veya GSM numarasına gönderilecek bildirimler, sigorta ettiren/sigortalıya yapılmış geçerli bir tebligat olarak kabul edilecek olup bu tebligat tüm sonuçları ile hüküm ifade edecektir.

Sigorta Ettiren Ünvanı :

Tarih :
Adı Soyadı :
E-Mail :
Telefon :

Kaşesi ve Yetkilinin İmzası

Aracı Kurum :

Tarih :
Adı Soyadı : 31223 / ENKİ SİGORTA ARACILIK HİZ.A.Ş.
E-Mail :
Telefon : 212-3558989
Kaşesi ve Yetkilinin İmzası

SAĞLIĞIM SİZDE (YABANCI SAĞLIK SİGORTASI) SAĞLIK BİLGİLENDİRME FORMU

Bu Bilgilendirme Formundaki bilgiler, formun her iki tarafça imzalandığı gün itibariyle geçerli olup , bu tarihten itibaren 15 gün içinde sözleşme kurulmamış ise koşullarda meydana gelebilecek değişiklikler sebebi ile Bilgilendirme Formunun güncellenmesi gerekebilir.