

DOKTORUM BENİMLE ACİL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bereket Sigorta A.Ş. ("Bereket"), sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek, poliçe özel şartlarında detayları verilmiş olan "Acil Durumlar" kapsamında sigortalıya ait sağlık giderleri ile uzaktan sağlık hizmet sunumlarına ilişkin muayene ve danışmanlık görüşmelerini, poliçede belirtilen teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri ve bu Özel Şartlar ("Özel Şartlar") ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar") ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu, sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. 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.

2. TANIMLAR

Sigortacı

İlgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan, Türkiye'de kurulmuş sigorta şirkettir. İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde sigortacı Bereket'dir.

Sigortalı

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan ve poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren

Sigorta sözleşmesini yapan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan gerçek veya tüzel kişidir.

Poliçe

Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evraktır. Poliçenin bir örneği Bereket mobil uygulamasında ve www.bereket.com.tr Online İşlemler adından sigortalının kişisel sayfasında görüntülenebilmektedir.

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigorta şirketinin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Poliçede yer alan sigorta ettiren ve sigortalılara ait, ev ve/veya iş adresleri, ev, iş ve/veya cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Özel Şartlar

Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar") T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Bereket Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri çeşitli hizmetler alabildikleri 444 27 58 numaralı telefon hattıdır.

Hastalık

Sigortalının, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur. (Örnek: migren, gastrit gibi)

Rahatsızlık

Ergin bir insanın doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir. (Örnek: baş ağrısı, mide bulantısı gibi)

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

Police'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü hastalık veya rahatsızlıktır.

Sağlık Hizmet Tarifesi

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

Sağlık Kurumu

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenahaneleri, eczane gibi kurumlardır.

Tazminat

Sağlık giderlerinin, ilgili sağlık poliçesi, Police Özel ve Genel Şartları dahilinde, sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

Teminat

Sigortacının, riskin gerçekleşmesi halinde sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit

Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami yıllık brüt tazminat tutarıdır. Brüt limit, sigortacı tarafından ödenebilecek tazminat ile sigortalı tarafından ödenmesi gereken katılım payları ve muafiyet tutarlarının toplamıdır.

Ödeme Yüzdesi

Poliçede her bir teminat için belirtilen ve sigortacının ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı

Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzdesinden artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenildiği oranı ifade eder.

Prim

a) Sağlık Tarife Primi

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, Network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

b) Toplam Prim

Sağlık Tarife Primi üzerine poliçe özel şartlarına varsa indirim uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

c) Yeni İş Poliçe

Sigorta ettirenin Doktorum Benimle Acil Sağlık Sigortası ürünüde sigortalı adına sigortacı ile sözleşme akdettiği sağlık poliçelerinden ilkidir.

Zeyilname

Poliçe yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir ek sigorta sözleşmesidir.

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Doktorum Benimle Acil Sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş poliçesine ilk giriş tarihidir.

Uzaktan Sağlık Hizmeti

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre faaliyet izni almış olan sağlık tesislerinde, sağlık meslek mensubunun, sağlık hizmeti talep eden kişiye uzaktan sağlık bilgi sistemi üzerinden sunduğu sağlık hizmetidir.

Uzaktan Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık Bakanlığı tarafından üretilen veya bakanlık tarafından tescil edilmek suretiyle uzaktan sağlık hizmeti sunumunda kullanılması onaylanan yazılı, sesli veya görüntülü iletişime imkân sağlayan güvenli yazılımı ifade eder.

Yanlış Sigorta Uygulaması

Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı Ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında, sigorta ilişkisi içerisindeki taraflardan ya da bu ilişkide rol oynayan kişilerden bir veya birkaçına haksız menfaat sağlamaya yönelik her türlü fiili ifade eder.

3. TEMİNATLAR

3.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNATI (ACİL DURUMLAR TEMİNATI)

Sigortalının, aşağıda detayları verilen durumlarda ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yatarak veya günübirlik yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anesteziist gibi), ameliyathane, standart oda (tek kişilik), yoğun bakım, yemek, refakatçi (1 kişi), yatış sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve tetkiklere (tahlil, röntgen vb.) ilişkin sağlık giderleri, “Acil Durumlar Teminatı” kapsamında poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

- Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum:** Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması vb. durumlar
- MI:** Geçirilmekte olan kalp krizi
- Zehirlenmeler:** Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin cilde teması ya da zehirli gazların solunması
- Trafik Kazası ve Yüksekten Düşme:** Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; kaza sonucu oluşan kesici, delici yaralanmalar (Tüm adli evraklar tamamlandıktan sonra sonradan ödeme süreciyle yönetilmesi gerekmektedir)
- Ani Felçler:** Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi
- Akut Solunum Problemleri:** Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, solunum yolu yanıkları
- Yüksek Ateş:** Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvizyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi (39,5° C üzeridir)
- Anafilaktik Tablolar:** Ani gelişen kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları
- Akut Batın:** Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, bağırsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, bağırsak ya da periton arterlerinde tıkanma vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması
- Ciddi İş Kazaları, Uzuv Kopması:** 4. maddedeki durumlara ek olarak yapılan işe has acil durumlar. Örn: Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması
- Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi:** Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar
- Elektrik Çarpması:** Yanık, organ hasarı yapabilecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları
- Ciddi Göz Yaralanmaları:** Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kunt travma ya da kimyasal madde teması
- Darbeye Bağlı İç Organ Zedelenmesi:** Kendisinin olayın hazırlayıcı ya da tarafı olmadığı, kazaen maruz kalınan durumlarda geçerli olmak üzere kurşunlanma, bıçaklanma, kavgaya gibi nedenlerle; organ zedelenmesine hayatı tehdit edecek derecede kanamayı veya ilerleyen saatlerde hayatı tehdit edecek derecede genel durum bozulmasına yol açabilecek; kesici delici alet yaralanmaları, kunt travmaları, yanıkların olduğu durumlar
- Suda Boğulma:** Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar
- Donma, Soğuk Çarpması:** Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması
- Isı Çarpması:** Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları

18. **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
19. **Akut Masif Kanamalar:** Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar
20. **Omurga ve Alt Extremité Kırıkları:** Deri bütünlüğü bozulmuş veya arter kesisi ile birlikte olan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları

3.1.1 Ameliyat

Sigortalının, tanımlı Acil Durumlar Teminatı kapsamında belirtilen hastalık ve durumların tedavisinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, “Ameliyat” teminatı kapsamında karşılanır.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, “Sağlık Hizmet Tarifesi”nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), “Sağlık Hizmet Tarife”sine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için “Sağlık Hizmet Tarife”sine göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.2 Ameliyatsız Tedavi

Sigortalının, tanımlı Acil Durumlar Teminatı kapsamında belirtilen hastalık ve durumların tedavisinin ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak tedavi giderleri, “Ameliyatsız Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.3 Küçük Cerrahi

Sigortalının, tanımlı Acil Durumlar Teminatı kapsamında belirtilen hastalık ve durumların tedavisinin “Sağlık Hizmet Tarifesi”nde küçük ameliyat olarak belirtilen cerrahi girişimlere ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır. Bu işlemlerin “Sağlık Hizmet Tarifesi”- ne göre 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise “Ameliyat ya da Ameliyatsız Tedavi Teminatı” kapsamında karşılanır.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, “Sağlık Hizmet Tarifesi”nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), “Sağlık Hizmet Tarife”sine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için “Sağlık Hizmet Tarife”sine göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.4 Tıbbi Gözlem Tedavi

Sigortalının, tanımlı Acil Durumlar Teminatı kapsamında belirtilen hastalık ve durumların tedavisinin ameliyat olmaksızın hastanede yapılmasının gerekli olduğu durumlarda yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere (gözlem/müşahade) ait sağlık giderleri poliçede belirtilen “Tıbbi Gözlem Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.2 Uzaktan Sağlık Hizmetleri

Sigortalılar poliçede belirtilen teminat kapsamı, limitleri dahilinde Uzaktan Sağlık hizmetlerinden Bereket mobil/ web sitesi online işlemler menüsü uygulaması üzerinden sesli, yazılı ve görüntülü olarak faydalanabileceklerdir.

Sigortalıların uzaktan sağlık hizmetleri kapsamında yararlanacakları hizmetlerin detayları aşağıda yer aldığı gibidir. Tüm hizmetlerden yalnızca sigortalı faydalanabilir. Tüm hizmetler poliçe süresince geçerli olup Çağrı Merkezi üzerinden ve yazılı süreçler haricinde yapılacak hizmet alım organizasyonlarından doğacak memnuniyetsizliklerden Bereket Sigorta sorumlu tutulamaz.

Hizmet kapsamında sigortalılar poliçe süresince 7/24 Online Sağlık Danışmanlığı hizmetinden 6 kez, online psikolog & online diyetisyen hizmetinden ise 2 kez ücretsiz faydalanabilirler. Belirtilen hizmetler yalnızca Bereket Sigorta için hazırlanan online platform üzerinden kullanılmaktadır. Online Sağlık Danışmanlığı Hizmeti 7/24, online psikolog ve online diyetisyen görüşme hizmeti ise haftanın 7 günü 09:00 - 21:00 saatleri arasında verilmektedir.

Psikolog ve diyetisyen hizmet kullanım toplam hakkı 2 adet olup sigortalı haklarını dilediği hizmet için kullanabilir. Sigortalıların randevu iptallerini 24 saat öncesinde yapması gerekmektedir. İptal talebi iletilmeden kullanılmayan randevularda hizmet hakkı kullanılmış sayılır. Farklı kurumdan alınan hizmet bedelleri Bereket Sigorta'ya rücu edilemez. Bereket Sigorta hizmet içeriğini ve kullanım koşullarını değiştirme hakkına sahiptir.

7/24 Online Sağlık Danışmanlığı Hizmeti

Bereket Mobil veya www.bereket.com.tr web sitesi üzerinden canlı ve görüntülü 7/24 sağlık danışmanlığı hizmeti yılda 6 kez ücretsiz sağlanacaktır. Uzman pratisyen hekim ile görüşme süresi ortalama 15 dakika olup Muayene sonunda doktor tarafından uygun görülmesi durumunda sigortalı (hasta) için reçete düzenlenecektir. Kontrol muayenesi olması durumunda kullanım toplam haktan düşülecektir. Sigortalının SGK kapsamında reçete talep etmesi halinde e-reçete düzenlenerek sigortalının cep telefonuna SMS ile T.C. Sağlık Bakanlığı aracılığıyla reçete kodu iletilecektir. Sigortalılar reçetede yazılı ilaçları dilediği eczaneden temin edebileceklerdir. İlaç masrafları ve SGK katılım payı sigortalıya aittir. Sigortalının e-nabız platformundaki bilgilerine ihtiyaç duyulması halinde sigortalı tarafından hekime e-nabız üzerinden izin verilmesi ya da ihtiyaç olan bilginin hekimle görüşme sırasında chat (mesajlaşma modülü) üzerinden paylaşılması gerekmektedir. Acil tıbbî durumlarda sigortalı uzaktan sağlık hizmeti yerine en yakın acil servise başvurulmalıdır.

Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nce belirlenen Aile Hekimlerince verilebilecek ilaçlar reçete edilebilecektir.

Online Psikolojik ve Online Diyetisyen Danışmanlık Hizmeti

Bereket Mobil veya www.bereket.com.tr web sitesi üzerinden canlı ve görüntülü Online Psikolojik ve /veya Online Diyetisyen danışmanlık hizmeti yılda 2 kez ücretsiz sağlanacaktır. Görüşme süresi ortalama 20 dakika sürmektedir. Sigortalılar 2 ücretsiz hakkını dilediği hizmet için kullanabilmektedir.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Acil Durumlar Teminatı kapsamında kaza durumları hariç olmak üzere, tüm işlemler ile ilgili giderler, Uzaktan Sağlık Hizmetleri (Online Sağlık Danışmanlığı Hizmeti, Online Psikolojik ve Online Diyetisyen Danışmanlık Hizmeti) sigorta kapsamına dahil olunduktan 30 gün sonra kapsama alınır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar poliçe teminat kapsamı dışında olup sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca sigortacı, 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 sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Poliçede yer almayan teminatlar ile poliçede belirtilen teminatlara ilişkin poliçe özel şartları Madde 3 "Teminatlar" başlığı altında yer alan açıklamalar haricindeki her türlü sağlık gideri,
3. Cerrahi ve medikal müdahale dışında kullanılan her türlü tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri,
4. Acil Durumlar sonrası sigortalının yatışının sonlanması ve taburculuk sonrası oluşan her türlü tedavi gideri (Acil Durumlar Teminatı içerisinde yer alan durumlar hariç),
5. Acil Durumlar Teminatı dışında yer alan her türlü fiziki ayakta tedaviler (muayene, tetkik, tedavi, ilaç, aşı giderleri)
6. Bekleme süresi içerisinde meydana gelen rahatsızlıklar,
7. Poliçenin iptal olduğu süre içerisinde oluşan hasarlara ait giderler,
8. Poliçe başlangıç tarihi öncesi oluşan kazalara ait her türlü gider,
9. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
10. Sigortalı'nın gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
11. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, suç işleyerek kendisine vereceği zararlar neticesinde olabilecek her türlü sağlık giderleri,
12. Epilepsi ile ilgili her türlü gider,
13. Sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider ile hastanede özel hemşire, yardımcı sağlık personeli ile ilgili giderler (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi)
14. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,

15. Sigortalıya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA"), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve/veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alımlarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,
16. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yönteme özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
17. Herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan tetkikler ve aşağıda belirtilen tetkiklere ait giderler,
 - a. Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri (check-up),
 - b. Güncel ulusal-uluslararası tanı-tedavi kılavuzlarında yer almayan ve/veya endikasyon bulunmadan talep edilen tarama amaçlı tetkik ve tedavilere ait giderler,
 - c. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skoring Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetkiklerine ait her türlü gider,
 - d. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
18. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,
 - a. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,
 - b. Her türlü tıbbi çaylar, Sağlık Bakanlığı Geleneksel Bitkisel Tıbbi ürün (GBTÜ) ruhsatlı bitkisel ilaçlar ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler (Sağlık Bakanlığı Beşeri tıbbi ürün ruhsatlı bitkisel ilaçlar hariç),
 - c. Sağlık Bakanlığı ara ürün ruhsatlı ilaçlar (antiseptik solüsyonlar ve serum fizyolojik içeren burun spreyleri hariç),
 - d. Sağlık Bakanlığı CE belgeli ilaçlar (insülin iğne uçları ve sodyum hiyalüronat içeren int- raartiküler eklem içi enjektörleri hariç),
 - e. İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
19. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen hazır solüsyonlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
20. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
21. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
22. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider,
 - a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurtdışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
 - b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, mini- bar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,
 - c. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,
23. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,
24. Birden fazla sağlık poliçesi olan sigortalıların, diğer ürünlerinden karşılanan sağlık giderlerine ait sigortalı katılım payları,
25. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar,
26. Sigortalının vefatı halinde morg ve cenaze masrafları ile ilgili giderler,
27. Ambulans kullanım ücretleri,
28. Sigortalının hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin talepler poliçe kapsamında değildir.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Police yer alan teminatlar Türkiye’de geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Uzaktan sunulan hizmetler için, Bereket mobil uygulaması/Web sitesi online işlemler menüsü üzerinden randevu alınmalıdır. Yine uygulama üzerinden yapılacak görüşmelerin giderleri teminat limitleri dahilinde sağlanır.

Tüm hizmet kullanımlarında ve hizmetlerle ilgili şikâyet süreçlerinde iletişim tarafları sigortalı ve hizmet alınan kurum olup, hizmet alım sürecinde iletişim tarafları arasında oluşabilecek şikâyet konu herhangi bir durum, yanlış işlem, yanlış anlaşılma ve yorumlama ve bunlarla sınırlı olmamak üzere yaşanacak sorunlardan kaynaklı memnuniyetsizlik ve hasarlardan Bereket Sigorta A.Ş. veya tedarikçisi sorumlu tutulamaz.

Yatarak Tedaviler için ön onay aşamasında kullanılan sigortacıya ait form üzerinde doktor tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra doktor tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde sigortacı, bu iki tutardan daha düşük olanını tazminat hesabında dikkate alacaktır.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Acil durumlar teminatına ilişkin sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra aşağıda belirtilen evraklarla sigortacıya başvurusu durumunda masraflar sigortacı tarafından karşılanır.

Sağlık gideri için gerekli evraklar:

- Fatura veya Serbest Meslek makbuzu aslı veya E-Arşiv Fatura,
- Faturanın alınamadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
- POS fişi iletildiğinde, üzerinde hizmeti alan kişinin adı-soyadı ile birlikte doktor kaşe ve imzası olmalı veya hizmeti alan kişiye ait doktor raporu eklenmelidir.
- Faturada birden çok kalem varsa (Örn; yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, konsültasyon formu, patoloji raporu vb.
- Müdahalelerde teşhis/tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb.

Ödeme sürecinde, sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir.

İlgili evraklar posta yolu ile sigortacıya gönderilmelidir.

Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Doktorum Benimle Acil Sağlık Sigortası ürünüde yenileme uygulaması ve ömür boyu yenileme garantisi bulunmamaktadır.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, “Sağlık Hizmet Tarifesi”nde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, “Sağlık Tarife Primi”ni periyodik aralıklarla risk profilleri bazında, portföyün genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik parametrelerdeki değişimleri dikkate alarak günceller.

10.2.1 Hasarsızlık İndirimi

Hasarsızlık indirimi uygulaması bulunmamaktadır.

10.2.2 Diğer İndirimler

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde indirim fırsatları sunabilir. Sigortacı, bu indirim fırsatlarını uygulayıp uygulamama ya da değişiklik yapma ile ilgili hakkını saklı tutar.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Sigortalı Girişi

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden kişiler sigortaya kabul edilirler. Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. İlk başvuru tarihinde, 18-65 yaş aralığındaki kişiler sigortalı olabilirler.

Yürürlükteki poliçeye “Sigortalı Girişi” yapılmamaktadır. Başvuru yapılması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığını, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceleme yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Poliçe, sigortacının başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Doktorum Benimle Acil Sağlık Sigortası, herhangi bir sağlık poliçe hakları ile birleştirilmez. Bu ürüne diğer sigorta şirketlerinden, herhangi bir üründen geçiş uygulaması ve kazanılmış hak uygulaması yoktur. Bu üründen, diğer sağlık sigorta ürünlerine geçiş uygulaması ve kazanılmış hak uygulaması yoktur.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, sigortacının sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar veya kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini, vade günü bitimine kadar, ödemediği takdirde temerrüde düşer.

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 günlük süreyi aşan tüm iptal taleplerinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen sigortalı çıkışı taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

Sigortalı'nın vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalır, kanuni varislerinin yazılı talebi halinde yukarıda belirtilen iptal kriterleri doğrultusunda işleme alınır ve varsa prim iadesi kanuni varislerine yapılır.

14. BİLGİLENDİRME

14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Bereket, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Hazine ve Maliye Bakanlığı, 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 Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, 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.

14.2 Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, sigortalı/sigorta ettirenin gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli, yanlış sigorta uygulaması niteliğindeki hareketlerin tespit edilmesi durumunda, sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı alamama veya eksik alma hâlleri ortaya çıkabilecek ve hakkınızda Türk Ceza Kanunu ile 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

14.4 Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, “Poliçe Özel ve Genel Şartlar”a göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacı, sigortalı/sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'na veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak “Poliçe Özel ve Genel Şartlar”ına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/ sigortalılardan talep hakkı bulunmaktadır.

Sigortalı/sigortalıların 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. Sigortacının anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle sigortacının bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.