

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu metin, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır. Detaylı bilgiye www.allianz.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

1. Sigortacıya/Aracıya İlişkin Bilgiler

Sigorta aracısı:

Ticaret Unvanı:	
Adresi:	
Tel / Faks No/ E posta:	
Vergi Dairesi / No:	
Mersis No:	
Levha No:	
Faaliyet Konusu:	Sigortacılık

*Allianz Sigorta A.Ş. adına sigorta sözleşmelerine aracılık etmeye yetkilidir.

Sigortacı:

Ticaret Unvanı:	Allianz Sigorta A.Ş.
Ticaret Sicil No:	6022
Mersis Numarası:	0-8000-0132-7000012
Vergi Dairesi / No:	Büyük Mükellefler V.D. / 8000013270
Web Adresi / E posta:	www.allianz.com.tr / info@allianz.com.tr
Adresi:	Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah. Kayışdağı Cad. No:1 Ataşehir / İstanbul 34750
Tel / Faks No:	(0216) 556 66 66 / (0216) 556 67 77
Faaliyet Konusu:	Sigortacılık

2. Sigortalıya/ Sigorta Ettirene İlişkin Bilgiler

Sözleşmeye Taraf Olan Sigorta Ettiren'in Bilgileri:

Unvanı:	_____
Adresi:	_____
Vergi Numarası:	
Tel ve Faks Numarası / E posta:	0(____)____

Sigortacı, sigorta ettiren ve sigortalılar ile her türlü bilgilendirmeyi/iletişimi yaparken şirket kayıtlarında yer alan iletişim bilgilerini esas alır. Bu bilgilerin doğrulanamaması durumunda sigortalı poliçeye dahil edilemeyebilir. Poliçeye dahil edilmiş olan sigortalıların iletişim bilgilerinin doğrulanamaması durumunda anlaşmalı kurumdan provizyon alınarak doğrudan anlaşmalı kuruma ödeme yapma uygulaması yapılamayacaktır. Bildirilen iletişim bilgilerinde değişiklik olması halinde Sigortacıya bildiriniz. Aksi durumda sigortacı, en son güncellenen iletişim bilgilerini dikkate alarak bildirim yapacaktır. Bilgilendirme metni ve katılım sertifikasının verilebilmesi, mevzuat kapsamında gerekli bilgilendirmelerin yapılabilmesi için sigorta ettiren ve sigortalılara ait doğru ve güncel iletişim bilgilerinin sigorta ettiren/sigortalı tarafından sigortacıya verilmesi gerekmektedir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme, bilgilendirme yapma yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir. Ancak; sigorta ettiren ve/veya sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren/sigortalı tarafından sigortacıya bildirilmemesi ya da eksik/yanlış iletişim bilgisinin paylaşılması nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda sigortacı sorumlu tutulamaz. Sigortacıya iletilen iletişim bilgilerinin eksik, hatalı olması veya güncel olmamasından kaynaklanan her türlü idari otorite ve/veya üçüncü kişi taleplerinden sigorta ettiren/sigortalı sorumludur.

Bu grup kapsamında kişi sigortalanacak olup sigortalı bilgileri sigortalıya iletilecek bilgilendirme metni/sertifikada yer alacaktır.

3. Sigortaya İlişkin Bilgiler

Branş / Ürün	Sağlık / Allianz Grup Sağlık Sigortası	
Poliçe Başlangıç Tarihi	Poliçe Bitiş Tarihi	Süresi
.... / / 12:00	 / / 12:00	1 Yıl

4. Prime İlişkin Bilgiler

Ödeme Tipi		Taksit Seçimi	
.....			
Ödeme Planı	Ödeme Vadesi		Tutar
.....			
	Toplam Prim:		

5. Teminatların Kapsamı

Talep olunan sigorta ürününe dair poliçe teminat, limit ve ödeme oranları ile ilgili detaylar o ürüne ilişkin olarak hazırlanacak teklif formlarında, sözleşmede varsa protokolde, teminat açıklamalarına ilişkin bilgiler Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları (“Özel Şartlar”)’nda yer almaktadır.

6. Teminat Dışı Kalan Haller

Ürüne ilişkin standart teminat dışı kalan haller aşağıda belirtilmiştir. Ayrıca Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartlar’ dan da teminat dışı kalan hallere ulaşabilirsiniz. Grup özelinde sigorta ettiren ile akdedilen sözleşme ve protokollerde farklı uygulamalar kararlaştırılabilir.

Genel Durumlar

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları' nda düzenlenmiş teminat dışı haller;

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar

tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar,

g. Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri,

h. Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller

Ayrıca, aksine sözleşme yoksa aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

a. Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.

b. Yukarıdaki maddelerin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere; 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler

2. Özel Şartlar'da düzenlenmiş teminat dışı haller;

1. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/sakatlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) komplikasyon ve her türlü sağlık gideri,

2. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;

- Doğumsal anomali ve hastalıklar,
- Her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç), genetik hastalık veya genetik hastalık dışı nedenlerle yapılsa dahi her türlü gen terapileri,
- Büyüme ve gelişme bozuklukları,
- 3 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,
- Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği (şaşılık ameliyatları, ortooptik tedaviler gibi), keratokonus ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

İstisnai Durum: Aktif poliçesine göre kesintisiz son 3 tam poliçe yılını Allianz'da tamamlamış sigortalılar ve/veya Özel Şartlar'ın 11.5 maddesinde detaylı olarak açıklanan "Allianz Bebeği" olan sigortalıların;

- Doğumsal anomali ve hastalıklar (Sigortalının, Allianz'da poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla),
- Genetik hastalıklar ve tedaviye yön verecek genetik testler (Sigortalının, sigortacı ile akdedilen poliçeye dahil edilmesi sonrası tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla),
- 3 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),

- Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği (şaşılık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi), keratokonus ile ilgili giderler poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

Ancak, Doğumsal, hastalıkların araştırılması, taranması, gen haritasının çıkarılması giderleri, genetik hastalık ve genetik hastalık dışı nedenlerle yapılsa dahi her türlü gen terapisi, aktif poliçesine göre Allianz'da kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış sigortalılar ve/veya "Allianz Bebeği" olan sigortalılar için de teminat kapsamı dışındadır ve karşılanmaz.

Allianz bebeğinin ve doğduğu ilk günden itibaren poliçe teminat kapsamına alınan bebeğin yeni doğan rutin tarama tetkikleri kapsam dahilindedir.

3. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
4. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
5. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
6. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
7. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
8. Bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansial hastalıklar ile ilgili her türlü gider,
9. Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider ile hastanede özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı ücretleri gibi) giderleri,
 - a. Sanatoryum, huzurevi, bakımevi, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil),
 - b. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezleri, Anti Aging Merkezleri, Sağlıklı Yaşam Merkezleri, Yaşam Koçluğu Merkezleri, Zayıflama Merkezleri, Spor Merkezleri, Ayak Sağlığı Merkezleri (tıbbi ürün satma yetkisi olan Ayak Sağlığı Merkezleri'nde, Tıbbi malzeme teminatı kapsamındaki giderler, istek raporunun sağlık kurumu tanımına uyan yerlerden olması durumunda kapsam dahilindedir.), Estetik, Kozmetik, Güzellik ve Lazer Merkezlerinde yapılan her türlü gider,
 - c. Lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
 - d. İşitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedavi giderleri,
10. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi,

kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, PRP (Platelet Rich Plasma-Trombositten Zengin Plazma) ve diğer her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,

11. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyültme, küçültme, jinekomasti ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası kanserli meme için uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma(liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi(alopesi areata hariç) ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler, vücudun herhangi bir bölgesine deldirme işlemi yapılması, piercing, küpe gibi aksesuarların takılması ve çıkarılması, dövme, saç boyası gibi işlemler ile bu işlemler kapsamında takılan aksesuarların neden olduğu komplikasyonlar sonucu oluşan kontrol, muayene, tedavi, ameliyat giderleri ile her türlü estetik ve kozmetik amaçlı giderler,
12. Sigortalıya uygulandığı tarihte bir tanının tedavisi;
 - a) Klinik Çalışmalarının devam etmesi: Tedavi hakkında yeterli sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışma yayınlanmayan ve tedavinin gereklilik, etkinlik ve güvenilirliği kanıtlanmayan,
 - b) Tıbbi Otorite Onayı Bulunmaması: Yerli veya yabancı otoriteler (örneğin, uzmanlık dernekleri, FDA, EMA, NCCN, Türkiye'deki tıp fakülteleri) tarafından onaylanmamış olan,
 - c) Deneysel Aşamada Olması: Tıbbi cemiyet veya otoriteler tarafından tedavinin deneysel aşamada olduğuna dair bildirim yapılmış olan veya başka kişi veya kurumlar tarafından deneysel çalışmalar yürütülen,
 - d) Sağlık Bakanlığı Onayı Bulunmaması: Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmayan veya ilgili sağlık kurumlarında yapılmasına izin verilmeyen tanı ve tedavilere ilişkin giderler,
13. Robotik cerrahi yöntemiyle yapılan ameliyatlarda, robot kullanım/kira ücreti ve bu yönteme özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
14. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer 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, profilaktik cerrahiler,

- c. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skrolama Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetiklerine ait her türlü gider,
 - d. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
 - e. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
15. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,
16. 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 (İnsülin iğne uçları ve sodyum hiyalüronat içeren intraartiküler eklem içi enjektörleri hariç)
 - e. İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
17. Alerjik hastalıklar için yapılan deri testleri ve alerji aşıları,
18. Obezite ve aşırı zayıflık ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi ve komplikasyon giderleri, diyet ve diyetisyen giderleri, vücut/kütle ölçüm testleri, vücut yağ oranı belirleme testleri, gıda intolerans testleri, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar gibi giderler,
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. Gözde kırılma kusurunu (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) düzeltici operasyonlar ve ilgili her türlü ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler gibi tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
21. Ses ve konuşma terapileri,

22. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
23. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
24. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,
- a. Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH - Anti Müllarian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
 - b. Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
 - c. Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
25. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
26. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) ve molluscum contagiosum tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,
27. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
28. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, 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,
29. 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 yurt dışından 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,

30. 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,
31. Tıbbi Malzeme ve Suni Uzuv Teminat tanımlarında belirtilmemiş her türlü tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri,
32. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider,
33. Kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
34. Yatarak Tedavi Teminatı sigorta yılı içinde 180 günü geçen hastanede yatarak tedaviler (normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanır) ile ilgili her türlü gider,
35. Poliçede yer almayan, tercih edilmeyen, hak kazanılmamış teminatlar ile ilgili her türlü gider (Yurtdışı Kapsamı, Ayakta Tedavi, Doğum, Diş, Gözlük, gibi) ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
36. Birden fazla sağlık poliçesi olan sigortalıların, diğer ürünlerinden karşılanan sağlık giderlerine ait sigortalı katılım payları,
37. Allianz'ın kurumsal internet sitesinde "Online İşlemler" adımı altında bulunan "Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi'nde" yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider,
38. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması 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,
39. Uzaktan verilen sağlık hizmetleri kapsamında yapılan her türlü gider,
40. Bekleme süresi kapsamındaki hastalık/rahatsızlıklar ile ilgili bekleme süresi içerisinde meydana gelen her türlü gider,
41. Özel Şartlar'ın yürürlük tarihi itibarıyla geçerli sağlık referans tarifelerine (01.01.2026 tarihinde yürürlükte olacak TTB (HUV) veya SUT tarifeleri esas alınacaktır) henüz girmemiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmamış, ancak gelecekte tıbbi gelişmeler doğrultusunda kapsama alınabilecek tedaviler,

poliçe kapsamında değildir.

7. Muafiyet ve Kısıtlamalar

Sigortacı, poliçe kapsamına dahil olacak kişileri, Sigorta ettiren ve/veya sigortalının varsa Başvuru Formu'nda beyan ettiği bilgileri, rahatsızlık ve/veya hastalıkları inceleyerek poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir. Değerlendirme sonucunda sigortalı özelinde uygulanacak istisna ve ek prim bilgisi sigortalıya iletilen sertifikada ve bilgilendirme metninde belirtilmektedir.

Sigorta ettiren ile akdedilen sözleşme ve protokollerde farklı uygulamalar kararlaştırılabilir.

Bekleme Süreleri

Bekleme Süresi	Yatarak Tedaviler* ve Fizik Tedaviler	Salgın Hastalıklar**	Hamilelik ve Doğum Teminatı***
	6 Ay	1 Ay	5 Ay

*Aşağıdaki hastalıklar/rahatsızlıklar ile ilgili tüm tedaviler, komplikasyonlar, ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, sigortalının sigorta kapsamına dahil olduğu tarihten 6 ay sonra teminat kapsamına alınır:

Safra kesesi ve/veya safra yolları hastalıkları, Her türlü fıtık, Omurga ve disk hastalıkları, Kist dermoid sakral, Ano-rektal hastalıklar (örnek: hemoroid, fissür), Rahim ve yumurtalık hastalıkları, Bademcik ve geniz eti hastalıkları, Burun polipleri, Kafa sinüs hastalıkları, Diz, omuz, kalça, dirsek eklem hastalık ve lezyonları (örnek: menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar), Katarakt, Prostat hastalıkları, Her türlü varis, Hidrozel, Böbrek ve üriner sistem taşları, Tiroid bezi hastalıkları

**Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş küresel, bölgesel veya ülke içindeki salgın hastalıklara ilişkin sağlık giderleri, hastalıkla ilgili belirti ve şikayetlerin sigorta kapsamına dahil olunduktan 1 ay sonra ortaya çıkmış olması şartıyla poliçe teminatları, limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde kapsama alınır.

***Hamilelik ve Doğum Teminatı bulunan planlarda, hamilelikle ilgili teminat kapsamında bulunan giderlerin karşılanabilmesi için hamileliğin, teminatın alındığı ilk tarihten itibaren en az 5 ay sonra başlaması gerekmektedir. Gebelik Hak Edışı hesaplamasında sigortalının Son Adet Tarihi (SAT) dikkate alınır. SAT'ın poliçe üzerinde belirtilen 5 aylık bekleme süresi sonrasında ve gebelik takibinde yapılan ultrasonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

Teminat ilk kez alındığında mevcut olan veya 5 aylık bekleme süresi içinde başlayan hamileliklerle ilgili tüm giderler teminat kapsamı dışındadır.

Sigorta ettiren ile akdedilen sözleşme ve protokollerde farklı uygulamalar kararlaştırılabilir.

8. Özel Şart ve Klozlar

Bu Bilgilendirme Metni, Allianz Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları, ile birlikte geçerlidir. Sigorta Ettiren ile mutabık kalınan sözleşme ve protokol, poliçenin ve Özel Şartlar'ın ayrılmaz bir parçasıdır.

Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde kişisel veriler, Sağlık Sigortalarında Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metni kapsamında gerektiği ölçüde paylaşılabilir.

Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti

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 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.

9. Tazminata İlişkin Genel Bilgiler

1. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda, Sigortacının aşağıda yer alan adres ve telefonlarına gecikmeksizin gerekli bilgi ve belgelerle birlikte başvuruda bulununuz. Bildirim esnasında, Sigortacı tarafından verilen talimatlar çerçevesinde hareket ediniz. Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme borcu Sigortacıya aittir.

Adres:	Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah. Kayışdağı Cad. No:1 Ataşehir / İstanbul 34750
Telefon / Faks:	0850 399 99 99 / (0216) 556 67 77
Web Adresi / E-mail:	www.allianz.com.tr / info@allianz.com.tr

2. Riskin gerçekleşmesi halinde Sigortacının ödemeyi taahhüt ettiği tutar, poliçede yazılı olan Network, teminatlar, limitler ve ödeme yüzdeleri ile sınırlı olup tazminat talebi, Türk Ticaret Kanunu, Özel Şartlar ile Genel Şartlar kapsamında değerlendirilir. Katılım payları ve teminat limitinin üzerindeki harcamalar sigortalının sorumluluğundadır.

3. Poliçede tercih edilen Network'te yer alan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri, kurum ile yapılan sözleşme çerçevesinde doğrudan anlaşmalı kuruma ödenir. Anlaşmalı kurumda anlaşmasız doktor tercih edilmesi durumunda doktor ücreti anlaşma harici kurum uygulamaları kapsamında sonradan ödeme kapsamında sigortalıya ödenir.

4. Poliçede teminatın anlaşma harici 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.

5. Tazminat başvurusu için "Tedavi Masrafları Talep Formu"nun doldurulması esastır. Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi için Allianz Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlar'ın "Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi" başlıklı 8.2. maddesinde yer alan belgeler ile Sigortacı tarafından talep edilen belgeleri eksiksiz şekilde teslim edilmelidir. Allianz'ım Mobil Uygulaması veya Allianz Online İşlemler Merkezi üzerinden de fatura ve belgelerinizi yükleyerek talepte bulunabilirsiniz. Belge asıllarının Sigortacıya iletilmesi gerekmektedir.

6. Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde sigortacıya ulaşmasından itibaren mevzuatta öngörülen süreler içinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

10. Coğrafi Kapsam

Poliçe/sertifika ve teklifte yer alan teminat tablosunda yurtdışı kapsamının tercih edilmiş olması kaydıyla ilgili teminatlar tüm dünyada aksi takdirde sadece Türkiye'de (yurt içi) geçerlidir. KKTC'de gerçekleşen sağlık giderleri, kurum statüsüne göre yurt içi anlaşmalı ve anlaşma harici kurum limitleri üzerinden değerlendirilir.

11. Sigorta Sözleşmesinin Sona Erme (İptal/Cayma/Fesih) Esasları

1. Sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde 0850 399 99 99 Allianz Müşteri Hizmetleri aranarak cayma talebinde bulunulabilir. Bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz günlük sürenin dolmasından sonra iptal talebinde bulunulması ve/veya ilk otuz günlük süre içerisinde herhangi bir tazminat ödemesinin yapılmış olması halinde şirketin hak etmediği prim, Özel Şartların "Sigorta Sözleşmesinin Sona Erme Esasları" başlıklı 13. maddesinde belirtilen esaslar doğrultusunda iade edilir.

İptal hakkı kullanıldığında prim iade koşulları:

Kesintili prim iadesi yapılan durumlar: Sigortalı için ödenen tazminat tutarı sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.

Sigortalı için ödenen tazminatlar, Sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek iade yapılır.

Prim iadesi yapılamayan durumlar: Belirtilen süre içerisinde ilgili poliçe kapsamında tazminat ödemesi yapılmışsa ve sigortalı için ödenen tazminat tutarı sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.

2. Sigorta Ettiren, personelin şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrasında ilişkileri kesilme veya vefat nedeniyle grubun kadrosunda yer almayan personel ile varsa bağımlılarına ait bilgileri çıkış nedenleriyle birlikte sigortacıya derhal bildirmekle yükümlüdür. İşten çıkış, boşanma nedeniyle bağımlı çıkışları, personelin evlenen çocuklarının poliçeden çıkış taleplerinin tamamı ilgili değişiklik tarihleri eşliğinde sigortacıya bildirilmelidir. Bu durumda sigortalıya ait sertifika, ilgili sigortalının sigorta ettiren ile ilişkisinin kesildiği tarih itibari ile sonlandırılacaktır. Bu sebeplerle, poliçe başlangıç ve poliçe bitiş tarihleri arasında gerçekleşen personel ve/veya bağımlılarının sigorta çıkışına ait primler, Özel Şartların 13.1. no'lu "Sigortalı Çıkışı" maddesinde belirtildiği şekilde gün esası üzerinden hesaplanır. İşten çıkış tarihi sonrasında gelen poliçeden çıkış taleplerinde sigortacıya ihbar edilmiş ve gerçekleşmiş bir sağlık gideri bulunması durumunda, sigortacının ödenmiş olan sağlık giderlerini sigorta ettirenden talep etme hakkı saklıdır.

Sigortalının poliçe geçerlilik süresi, Sigorta Ettiren tarafından farklı bir tarih belirtilmedikçe, şirketten ayrıldığı tarih itibari ile son bulacaktır. İsteğe bağlı çıkışlar ancak poliçe yenileme döneminde yapılacaktır.

Sigorta kapsamından ayrılan personelin eş ve çocuklarının da (sigorta kapsamına dahil edilmiş ise) katılım sertifikası sona erer.

Personel ve/veya bağımlılarının her ne sebeple olursa olsun şirketleri ile ilişkileri kesildiğinin Sigortacı tarafından tespiti durumunda, Sigortalılar, ilgili grupta ilişkin kesildiği tarih itibarıyla poliçe kapsamından çıkarılır.

Bu yükümlülükler uylunması halinde sigorta ettiren, sigortacıyı ortaya çıkabilecek tüm taleplerden beri kılmayı ve bu talepleri karşılamayı peşin olarak kabul eder.

Sigortalılardan birinin vefat etmesi halinde Özel Şartların 13.1. no'lu "Sigortalı Çıkışı" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için vaset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından sigortacıya iletilmesi gerekir.

Vefat eden kişinin personel olması durumunda personelin bağımlılarının da (sigorta kapsamına dahil edilmiş ise) katılım sertifikası sona erer.

3. 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 sigortacının bilgilendirilmesi, riziko gerçekleştiğinde sigortacıya derhal bilgi verilmesi gerekmektedir. Sigorta ettiren ve sigortalı gerek

ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılık süresi içerisinde değişiklikleri bu bilgilerin şirketin kayıtlarında olup olmamasından bağımsız olarak Sigortacı'ya doğru ve eksiksiz olarak bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı teklifi reddedebilir, sözleşme kurulmuşsa “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” olsa bile poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, sigortalı çıkışı yapılabilir, bu hastalık ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/rahatsızlıkları, tekrar kapsama almak üzere değerlendirmez. Bilgilendirme yükümlülüğünün gereği gibi yerine getirilmemesi halinde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabilir.

4. 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 alınmasına yönelik suistimal girişimleri ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

5. Sigorta priminin tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin/sertifikanın tesliminin karşılığında ödenmesi gerekir. Prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz. Türk Ticaret Kanunu (“TTK”)1434. maddeye göre TTK 1431.maddeye uygun olarak istenilen sigorta primini ödemeyen sigorta ettiren mütemerrit olur. Prim ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu’nun 1434. Madde hükümleri uygulanır. İlk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim zamanında ödenmemişse, sigortacı ödeme yapılmadığı sürece sözleşmeden 3 ay içinde cayabilir. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren 3 ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

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. Sigorta priminin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde riziko gerçekleşince ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur.

6. Primlerin tamamını ödememişken sigorta ettiren konkordato ilan etmişse, sigortacı, bunu öğrendiği tarihten itibaren, bir aylık bildirim süresine uyarak, sigorta sözleşmesini feshedebilir.

7. Sigortacının sigorta sözleşmesini, bazı hükümlerine ilişkin olarak feshetmesi veya ondan cayması haklı sebeplere dayanıyorsa ve sigortacının sözleşmeyi geri kalan hükümlerle, aynı şartlarla yapmayacağı durumdan anlaşılıyorsa, sigortacı sözleşmenin tamamını feshedebilir veya ondan cayabilir.

8. Primin ödenmesinden önce acze düşen, iflas eden veya hakkında yapılan takip semeresiz kalan sigorta ettirenden taahhüdünün yerine getirileceğine ilişkin teminatın sigortacı tarafından isteminden itibaren bir hafta içinde verilmemiş olması durumunda sigortacı sözleşmeyi feshedebilir.

9. Sigorta süresi içinde yapılan kısmi tazminat ödemeleri sigorta bedelinden düşülür. Kısmi zarar hâllerinde taraflar sigorta sözleşmesini feshedebilirler. Ancak, sigortacı fesih hakkını, kısmi tazminat ödemesinden sonra kullanabilir.

12. Yeni Giriş İşlemleri ve Yenilemeye İlişkin Bilgiler

Yeni Giriş İşlemleri

T.C. sınırları dahilinde ikamet eden/edecek kişiler sigortaya kabul edilebilirler. Aynı poliçe kapsamında personel ve bağımlıları (eş/ çocuk/diğer yakını) yer alabilir.

Yaş hesabı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak yapılır. Bu yaş hesabı poliçe üretimi sırasında hem sigortalanma süreçlerinde hem de yaş bazlı teminat hak edişlerinde dikkate alınır.

İlk başvuru tarihinde, 0-64 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. 24 yaş ve altındaki bekar çocuklar ve sigorta ettirenin talebi halinde 24 yaş üstü bekar çocuklar sözleşmede belirtilen prim dahilinde çocuk statüsünde sigorta kapsamına alınır.

Personelin kendisi sigortalanmadan eş, çocuk ve diğer yakınları sigorta kapsamına alınamaz.

Sigorta ettiren ile akdedilen sözleşme ve protokollerde farklı uygulamalar kararlaştırılabilir.

Yeni Giriş Başvuru Süreci ve Yükümlülükler

Sözleşme akdedilmeden önce Sigortacı, sigortalı adaylarından Başvuru Formunu talep eder. Bu kapsamda Sigorta Ettiren; personelin ve varsa bağımlılarının Başvuru Formları'nı eksiksiz ve doğru şekilde doldurmasını sağlamak için gerekli tedbirleri almak, Sigortalı tarafından dijital olarak doldurulan Başvuru ve Beyan sürecinin 10 (on) iş günü içerisinde tamamlanmasını takip etmekle yükümlüdür. Bu sürenin aşılması halinde, formun Sigortacı'ya teslim edildiği veya iletilindiği tarih, başvuru tarihi (poliçe başlangıç/giriş tarihi) olarak esas alınır. Ayrıca Sigorta Ettiren, Sigortacı tarafından talep edilen eksik bilgi/belgelerin Başvuru Formunun doldurulduğu tarih itibarıyla 30 gün içinde tamamlanarak sigortacıya iletilmemesi halinde sigortacı başvuruyu reddetme ve yeni tarihli Başvuru Formu ile başvuru yapılmasını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı adayının Başvuru Formu doldurulduğu tarihten önceki bir tarihe ait poliçe giriş talepleri kabul edilmeyecektir.

Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı göstermekle ve sigortalı adaylarının iletişim bilgilerini, bu bilgilerde değişiklik olması durumunda güncel bilgileri gecikmeksizin Sigortacı'ya bildirmek, Sigorta Sözleşmesi'nden doğan diğer tüm yükümlülükleri yerine getirmekle yükümlüdür. Bu kapsamda sigorta ettiren, sigortacı tarafından sigortalı adaylarının bilgilendirilmesi, başvuru formu, sağlık beyan formu ve diğer formların doldurulması ve onaylanması için kendisine gönderilen bağlantı adresini (link), sigortalı adaylarına iletir. Sigortalı adayları, bu linke girerek

kimlik doğrulaması yapmak sureti ile gerekli formları bu linkten doldurur. Sigortalı adayları, formların kendilerince doldurması sonrası Sigortacı tarafından kısa mesaj ile gönderilen şifreyi sisteme girerek onaylama işlemini gerçekleştirirler.

Formun doldurulmuş hali ve onay bilgileri sigortalı adaylarının iletmiş oldukları elektronik posta adresine gönderilir.

Sistemden verilen onay sonrası, formlar, Sigortacıya iletilir. Sigortalıdan alınması gerekli onaylar da bu link aracılığı ile alınır. Poliçeleştirme, bekleme ret ve poliçeden çıkış işlemlerine ilişkin Sigortalı/Sigortalı adaylarına elektronik posta ya da kısa mesaj ile bilgilendirme yapılır. Poliçe kapsamına dahil edilen sigortalılara iletilecek katılım sertifikası ve benzeri evraklar sigortalının bildirdiği ve sigortacı tarafından doğrulaması yapılan elektronik iletişim adreslerine gönderilir veya sigortalılar, aynı zamanda web-app ortamında, kendi poliçelerine şifre ile erişim sağlayabilir.

Sigorta ettiren, sigortalıları, Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları, Bilgilendirme Metni, Katılım Sertifikası, Protokoller ve diğer ilgili belgeler ve uygulamalar ve değişiklikler hakkında veya başvuru reddine ilişkin bildirimleri bilgilendirmekle yükümlüdür.

Başvuru Formunun Değerlendirilmesi

Başvuru Formunun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigorta ettiren/sigortalı adayı sözleşmenin yapılması sırasında bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Sigortacıya bildirilmeyen, eksik veya yanlış bildirilen hususlar, sözleşmenin yapılmamasını veya değişik şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte ise, önemli kabul edilir. Sigortalının daha önce başka bir sigorta şirketinden geçiş yapmış olması veya şirketimizde daha önce sağlık poliçesi bulunması, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz. Sigortacı, sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları, varsa eski sigortalılık kayıtlarını, diğer sigorta şirketi geçişi ise oradaki bilgileri, kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığını, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (Merkez)'den ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceleme yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının teklif edilen poliçe kapsamını (Network, plan, teminat, limit, coğrafi kapsam, ödeme yüzdesi gibi) değiştirme, hastalık istisnası ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Sigortacı'nın, hastalık ek prim uygulama kararı alması durumunda sigortalı ilgili sağlık riskinin teminat kapsamı dışında bırakılmasını talep edebilir. Bu talebin Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde, söz konusu karar Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı değerlendirilmesine kadar tekrar değerlendirilmez. ÖBYG hakkı kazandıktan sonra da bu değişiklik talepleri tekrar değerlendirilmez. Sigortacının, sigortalının sağlık durumunun tespiti için doktor muayenesi ve ek tetkikler talep etmesi halinde, bahse konu işlemlere ilişkin masraflar sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine ilgiliyi tedavi eden kişi ve kurumlardan, Merkezden, kamu kurum ve kuruluşlarından erişebildiği durumda Sigortacı tarafından; bu bilgilere erişim sağlanamadığı durumda sigortalı/sigorta ettiren tarafından karşılanır.

Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Giriş Talepleri

Sigortalı personelin; evlilik veya doğum nedeniyle bağımlılarına (eş ve/veya çocuklar – evlat edinilen veya bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispatlanan çocuklar dâhil) ilişkin poliçeye giriş talepleri, değişiklik tarihinden itibaren en geç 30 (otuz) gün içinde Başvuru Formu ile yapılır.

Bu başvuruya;

- Çocuklar için doğum raporu, evlat edinmeye ilişkin mahkeme kararı,
- Eş için evlilik cüzdanı sureti

eklenmesi zorunludur.

Söz konusu sürelerle uygun şekilde yapılan başvurularda; çocuklar doğum tarihi veya evlat edinme tarihi, eş ise evlilik tarihi itibarıyla sigortalanabilir.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra yapılan sigortalı giriş taleplerinde (yenidoğan bebekler ve evlat edinilen çocuklar dâhil), poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süre dikkate alınarak, Sigortalı'nın hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır.

Belirtilen sürelerin aşılması ve zorunlu hallerin bulunması durumunda ise; eş ve çocuklar, yeni tarihli Başvuru Formu'nun iletilmesi halinde beyan tarihi itibarıyla sigortalanabilir.

Yürürlükte bulunan poliçeye yapılacak sigortalı girişleri, Allianz Karma Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarının “Sigortalı Girişi” başlıklı 11.1 ile “Başvuru İşlemleri ve Sorumluluklar” 11.2 maddeleri kapsamında değerlendirilir; bu girişlerde, yürürlükteki poliçenin özel şartları, protokolleri, teminatları ve prim tarifi aynen geçerli olur.

Sigortalının yeni doğan bebekleri, tıbbi risk değerlendirmesine alınır ve sözleşmeye konu olmuş Özel Şartlar ve Ek Protokoller çerçevesinde, doğum tarihinden itibaren poliçe kapsamına alınabilir. Sigorta ettiren şirkette personel konumunda olan sigortalının, en az tam bir poliçe yılı sigortalı tarafından tanzim edilen poliçede sigortalı olması koşuluyla, doğan bebekler, doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde sigortalıya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilmeleri durumunda “Allianz Bebeği” olarak kabul edilirler.

Yürürlükteki poliçeye ara dönemde giren sigortalılar, kesintisiz devam eden üçüncü tam yılın sonundaki ilk yenilemede Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır.

Sigorta ettiren ile akdedilen sözleşme ve protokollerde farklı uygulamalar kararlaştırılabilir.

Yenilemeye İlişkin Bilgiler

Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Poliçe, sigorta süresinin bitiminden önce Sigorta Ettiren ve Sigortalı'nın karşılıklı anlaşması ile Özel Şartların “Poliçenin Yenilenmesi” başlıklı 9.1 maddesindeki koşullarla yenilenebilir. Yenilemenin en geç poliçe bitiş tarihini takiben 1 ay içinde yapılmaması durumunda sigortalı, varsa poliçeden doğan bütün haklarını kaybeder. Teklifin yapılması ile kabulü arasında oluşan değişiklikler bakımından sigortalının beyan yükümlülüğüne uygun olarak, değişikliklere ilişkin sigortalıya bilgi vermesi gerekmektedir. Aksi durumda

Sigortacı, “Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi” başlıklı 14.2. madde kapsamında işlem yapabilir. Sigortacı’nın, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almama hakları saklıdır.

Sigortacı, ilgili mevzuatlar ve yenileme poliçesi kapsamında Özel Şartlar’da, anlaşmalı kurum ağı, teminat yapısında ve prim yapısında değişiklik yapabilir.

Yenileme döneminde Sigortacı ile Sigorta Ettirenin mutabık kalması durumunda yeni bir sözleşme ve protokol düzenlenerek Poliçede veya protokol şartlarında değişiklik yapılabilir.

Sigortacı poliçe şartlarında değişiklik olmasa da sigortalılara tıbbi risk değerlendirmesi yaparak hastalık istisnası veya hastalık ek primi uygulayabilir.

Yenilemede döneminde yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Poliçe vadesi içerisinde teminat ve/veya ek protokol ile ilgili değişiklik yapılmamaktadır.

SGK tarafından Genel Sağlık Sigortası kapsamında yapılacak kapsam ve uygulama değişikliği durumunda, Sigortacının özel şartlarda ve primlerde düzenleme yapma hakkı saklıdır.

Sigortalıların/Sigorta ettirenin Özel Şartlar’ın 14.2. numaralı “Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi” maddesindeki durumların tespit edilmesi, kötü niyetli, yanlış sigorta uygulaması niteliğindeki hareketlerinin tespit edilmesi gibi durumlarda poliçe ya da Sigortalı özelinde katılım sertifikası sigortacı tarafından yenilenmeyebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Bu Özel Şartlar kapsamında sunulan teminatlar için Ömür Boyu Yenileme Garantisi Taahhüdü bulunmaktadır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanılana kadar sigortalı bu garantiye sahip sayılmaz. Ayrıca Sigortacıya yapılacak başvuru aşamasında Sigortacının belirlediği risk kabul politikasına uygun olmayıp poliçeye dahil edilmeyecek ancak Sigorta Ettirenin özlük hakları nedeniyle çalışanına sağlık poliçesi taahhüt ettiği kişiler, Sigorta Ettiren talebi ve Sigortacının kabulü olması durumunda mutabık kalınan farklı bir plan ile poliçeye dahil edilebilir. Bu planda olan sigortalılara, ÖBYG ve Bireysel Sağlık Poliçeleri’ne geçiş hakkı verilmemektedir. Bireysel poliçeye başvurular Bireysel Sağlık Sigortası ürünü özel şartları kapsamında yeniden değerlendirilebilecektir. Özel Plan veya ÖBYG’siz planda sigortalanan kişilere ait katılım sertifikasında bu detaylar belirtilecektir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG), ÖBYG taahhüdü içeren Allianz Grup Sağlık Sigortası kapsamında yer alan Sigortalı’nın, Özel Şartların “Allianz Bireysel Sağlık Poliçesine Geçiş İşlemleri” başlıklı 12.2. maddesinde yer alan şartlarla Grup Poliçesi’nden ayrılması, ÖBYG taahhüdü içeren Allianz Bireysel Sağlık Sigortası poliçesinde muadil veya daha dar kapsamlı planı talep etmesi halinde, bireysel üründe yer alan tüm “Ana Teminatlar” için verilen yenileme taahhüdüdür.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkındaki tüm detaylar Özel Şartların “Grup Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi” başlıklı 9.2 maddesinde belirtilmiştir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisinin kazanılması için, sigortalının Grup Sağlık Sigorta Poliçesi'nde en az 3 (üç) tam yıl kesintisiz sigortalanmış olması gerekmektedir. Poliçe başlangıç tarihinden sonra (ara dönemde) poliçeye giriş yapan kişilere, dahil oldukları poliçe döneminden itibaren kesintisiz üç tam yılın tamamlanmasından sonraki ilk yenileme döneminde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi tanımlanır. Bu garantiye hak kazanabilmek için poliçe bitiş tarihinden itibaren bir ay içerisinde poliçenin/katılım sertifikasının yenilenmesi gerekmektedir. Bu garanti, ÖBYG taahhüdü içeren bireysel sağlık sigortasına geçiş aşamasında, ÖBYG kazanmış olduğunuz tarih öncesi dönemdeki riskleriniz bakımından medikal risk değerlendirmesi yapılarak bireysel poliçede geçerli olacaktır.

Sigortalının bireysel poliçeye geçiş talebi, Özel Şartlar'ın 12.2 numaralı "Allianz Bireysel Sağlık Poliçesine Geçiş İşlemleri" maddesi kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının ÖBYG taahhüdü bulunan bir Allianz Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesine geçiş talebi sonrası ÖBYG hak ediş tarihi öncesi için riskleri bakımından risk değerlendirmesi yapılır. Yapılan değerlendirme sonucunda Sigortacı;

- Herhangi bir hastalık ek prim veya istisna uygulamayarak veya
- Varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primleri tekrar değerlendirip güncelleme yaparak ve/veya
- "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi ve/veya istisnası uygulayarak

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verir.

Bu geçiş sürecinde, Sigortalı'nın şirket kayıtlarında sigortalıya ait mevcut sağlık verisinin bulunup bulunmamasına bakılmaksızın, doğru, eksiksiz ve gerçeğe uygun beyanda bulunması esastır. Kötü niyetli, yanlış veya yanıltıcı beyan verilmesi ya da yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verilmesi halinde, Özel Şartlar'ın 14.2 numaralı "Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi" maddesi hükümleri uygulanır.

Ömür boyu yenileme garantisi içeren bireysel sağlık sigorta poliçesinde ÖBYG kazandıktan sonra;

- Sigorta ettiren veya Sigortalının talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limiti düşürülmez, sigortalı katılım payı arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.
- Teminat / Ürün / Kapsam artış yönünde değişiklik talebi veya meriyete alma durumu bulunmadığı sürece sigortalının bu hakkı kazanmasından sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, hastalık istisnası uygulanmaz.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunan yenileme poliçelerinde ödenen tazminatların sözleşme primine oranına bağlı ek prim uygulanmaz.
- Sigortacı tarafından, Sigortalının ÖBYG kazandığı tarih öncesinde ortaya çıkmış, ancak Sigortacı'ya bildirilmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı tarafından yenileme koşulları tekrar değerlendirilerek hastalık ek primi ve/veya istisna uygulanabilir veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı iptal edilebilir veya poliçeden cayma/fesih hakkı kullanılabilir.

- Sigortalının/Sigorta Ettirenin poliçe süresi içerisinde ya da yenileme döneminde kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunduğu tespiti durumunda, ömür boyu yenileme garantisi almış olsa bile poliçesi iptal edilebilir ve/veya yenilenmeyebilir.

Grup sözleşmesi kapsamında sigortalanan kişinin kazanımları, kişi gruptan ayrıldıktan sonra sonuç doğurur.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, kesintisiz olarak yenilenen poliçeler için verilen bir hak olup, poliçenin/katılım sertifikasının iptal edilmiş olması ya da kesintisiz olarak yenilenmemesi gibi durumlarda ömür boyu yenileme garantisi sona erer ve yeni poliçe taleplerinde “Yeni Giriş İşlemleri” maddesi kapsamında işlem yapılır.

1/1/2026 tarihinde yürürlükte bulunan sözleşmeler kapsamında yer alan ömür boyu yenileme garantisi, mevcut tarifeleri dâhilindeki kurallar kapsamında devam eder. 1/1/2026 tarihinde yürürlükte bulunan sözleşmelerde henüz kazanılmamış bir garanti taahhüdü mevcut ise bu sözleşmeler de mevcut tarifeleri ve garanti kazanma şartları dâhilinde devam eder.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, kişiye özel olup, yalnızca bu hakkı kazanmış sigortalıya aittir. Bu hakkı kazanan sigortalıların katılım sertifikasında ayrıca belirtilir.

Prim Tespiti ve Düzenlemeleri

Sigortacı, Grup Sağlık Sigortası primlerini; grubun büyüklüğü, geçmiş dönem kullanımı, sigortalıların yaşı/cinsiyeti, sigorta süresi, teminat yapısı, teminat limiti, sağlık enflasyonu, ülkedeki diğer genel ekonomik parametrelerdeki değişimler ve sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir.

Prime ilişkin bilgiler ayrıca sözleşmede belirtilir.

Bu üründe Hastalık Ek Primi uygulaması bulunmaktadır

Sigortalının “Sağlık Tarife Primi”ne %200’e kadar hastalık ek primi uygulanabilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkedışı sonrasında ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü hastalık ek primi uygulayamaz

13. Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar

Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar hakkındaki tüm detaylara Özel Şartların “Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar” başlıklı 12. maddesinde belirtilmiştir.

Bu ürüne Diğer Sigorta Şirketlerindeki Sağlık poliçesinden, Allianz Bireysel Sağlık poliçesinden ya da Allianz Grup Sağlık poliçesinden geçiş yapılabilir. Sigortalının başka bir poliçede kazandığı hak ve yükümlülüklerinin Allianz Grup Sağlık sigortasında devamı, Özel Şartların koşulları çerçevesinde ve Şirketin kabulü hâlinde gerçekleşir.

Geçiş statüsünde poliçenin değerlendirilebilmesi için;

Geçiş yapılmadan önce sona eren sağlık poliçe kapsamlarının, Allianz Grup Sağlık poliçelerine muadil veya dar kapsamlı bir özel sağlık sigortası olmalıdır.

Ürün geçiş değerlendirmesi yapılmadan veya yapılan değerlendirme sonucunda geçiş talebinin uygun bulunmaması halinde; Şirket nezdinde mevcut bulunan herhangi bir sağlık poliçesi sağlık teminatı ya da Allianz Karma Grup Sağlık veya Bireysel Sağlık ve Tamamlayıcı Sağlık Poliçeleri ile bunlar dışında sunulan sağlık teminatları yahut herhangi bir ürünün eki olarak düzenlenen sağlık poliçeleri/teminatları (örneğin; Acil Durum Poliçesi, Hastalık Sigortaları vb.) ile Allianz Grup Sağlık kapsamındaki sigortalılık hakları ilişkilendirilemez. Bu poliçe ve teminatlar, Allianz Sigorta Grup Sağlık Sigortası'nın başlangıcı, devamı veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilmeyecektir.

Her türlü plan değişikliklerinde ve geçişlerde, sağlık bilgilerinin şirket kayıtlarında olup olmamasından bağımsız olarak sigorta ettiren/sigortalının sağlık bilgilerini doğru ve eksiksiz olarak beyan etmesi zorunludur.

Sigortalıların geçiş olarak değerlendirilmesi için aşağıdaki koşulların sağlanması gerekir;

- Sona eren sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Başvuru ve Beyan Formu doldurularak başvuru süreci tamamlanmalıdır.
- Muadil olan sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunmalıdır.

Allianz Grup Sağlık Sigorta Poliçesinden Allianz Bireysel Sağlık Poliçesine Geçiş işlemlerinde yukarıdaki maddelere ek olarak;

- Sigorta Ettiren şirketten sigortalı çalışanın emekli olma, işten çıkarılma veya istifa etme sonrası ayrılma ile poliçeden çıkış yapmış olması,
- Sigorta Ettiren şirketin hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı alması veya şirketin Allianz Sigorta A.Ş. grup Sağlık Poliçesi kriterlerini sağlayamaması sebebiyle grup poliçesinin sonlanmış olması,
- Allianz Grup Sağlık Sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisine sahip olmayan sigortalıların geçiş başvurularında, sigortalıların başvuru tarihinde en fazla 64 (dahil) yaşında olunması,
- ÖBYG hakkı için ÖBYG taahhüdü içeren bir sözleşmeden geçiş talebinde bulunulması şarttır.

Allianz Grup Sağlık Sigorta Poliçesi'nden Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü bulunan Bireysel Sağlık Poliçesi'ne geçişlerde, yukarıda belirtilen tüm şartların sağlanması koşuluyla hakların devamlılığı sağlanır. Sigortalının ÖBYG hakkını elde ettiği tarihe kadar olan dönem için risk değerlendirmesi yapılır, ÖBYG tarihi öncesi hastalık ve tanılar için bireysel poliçeye geçişte hastalık ek primi/istisnası uygulanabilmektedir.

Geçiş talep edilen bireysel sağlık sigortasının daha geniş kapsamlı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) olması durumunda risk incelemesi geçiş başvuru tarihi öncesi tüm zamanları kapsayacak şekilde yapılmakta ve inceleme sonucunda hastalık ek primi/istisnası uygulanabildiği gibi başvuru kabul de edilmeyebilmektedir.

Yukarıda yer alan geçiş şartlarının sağlandığı ancak sigortalının henüz Allianz Grup Sağlık poliçesinde ÖBYG hakkının bulunmaması halinde geçiş taleplerinde yapılacak risk incelemesi geçiş başvuru tarihi öncesi tüm zamanları kapsayacak şekilde yapılmakta olup inceleme sonucunda hastalık ek primi ve/veya hastalık istisnası uygulanabilir.

Yukarıda yer verilen ve Sigorta Ettiren ile akdedilen protokollerde belirtilen koşulların sağlanmaması halinde veya özel Şartlar'ın 9.3. maddesi kapsamında ÖBYG verilmeyecek sigortalılar için, başvuru geçiş olarak değil, "bu özel şartların 11 numaralı "Yeni Giriş İşlemleri" maddesi kapsamında değerlendirilir.

Kabul edilen geçiş başvuruları için tercih edilen Allianz Bireysel Sağlık ürün özel şartlarında yer alan Geçiş (Transfer) İşlemleri maddesi kapsamında belirtilen haklar devam ettirilir.

Geçiş için başvuru ve beyan değerlendirilme süreci, Yeni iş ve Yenilemeler ile aynı şekilde yapılmaktadır. Sigortacı, Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

14. Vergi Uygulaması

1. Ücretli olarak çalışan mükellefin ödeyeceği Sağlık/Hastalık Sigortası primi, ilgili ayda elde edilen brüt ücretin %15'ini ve yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşmamak kaydıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Diğer taraftan, varsa ücretli çalışanlar için işverenler tarafından bireysel emeklilik sistemine ödenen katkı payları da bu limitlere dahil olur. İndirimin öncelikli olarak ücret matrahının tespitinde mi yoksa işveren tarafından ticari kazancın tespitinde mi kullanılacağı konusu taraflarca, mükerrer indirimine izin verilmeksizin, serbestçe belirlenebilir.

2. Yıllık gelir vergisi beyannamesi veren mükellefin ödeyeceği Sağlık/Hastalık Sigortası primleri, (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması kaydıyla), beyan edilen yıllık gelirin %15'ini ve yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde indirilebilmektedir.

3. Gelir Vergisi Kanunu'nun 63. maddesinin birinci fıkrasının (3) numaralı bendi ve 89 uncu maddesinin birinci fıkrasının (1) numaralı bendi kapsamında indirim konusu yapılacak şahıs sigortası prim ödemelerinin toplam tutarının birlikte dikkate alınması gerekmektedir. Mükelleflerce ödenen primlerin yıllık beyanname ile beyan edilen gelirden indirebilmesi için, bu primlerin ücretin safi tutarının tespitinde ayrıca indirilmemiş olması gerekmektedir. Aksi uygulamalar nedeniyle mükerrer veya haksız vergi indirimine sebebiyet verilmesi halinde, sigortalı/sigorta ettiren, sigortacının hiçbir mesuliyeti olmadığını, söz konusu uygulama sebebiyle sigortacıya karşı ileri sürülebilecek her türlü talebe karşı sigortacıyı her türlü borçtan ari kılacağını kabul beyan ve taahhüt eder. Sigortacının, mükerrer veya haksız vergi indiriminden faydalanması nedeniyle uğrayabileceği her türlü zarar ve idari yaptırım için sigortalıya rücu etme hakkı saklıdır.

15. Uyuşmazlıkların Çözüm Yollarına İlişkin Bilgiler

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talebi ve şikayetlerinizi aşağıda yazılı adres ve telefonlara iletebilirsiniz. Sigortacı, kendisine yöneltilen sigortaya ilişkin şikayetlerle, sözleşmeye bağlı olarak yapılacak ödemeler de dahil olmak üzere sözleşmeye ilişkin her türlü bilgi taleplerini, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren on beş iş günü içinde cevaplandırmak zorundadır.

Adres:	Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah. Kayışdağı Cad. No:1 Ataşehir / İstanbul 34750
Telefon / Faks:	0850 399 99 99 / (0216) 556 67 77
Web Adresi / E-mail:	www.allianz.com.tr / info@allianz.com.tr

2. Sigortacı; Tahkim sistemine üyedir. Uyuşmazlık durumunda başvurularınızı Tüketici Mahkemesine, Tüketici Hakem Heyetine Sigorta Tahkim Komisyonuna veya yetkili ve görevli mahkemeye yapabilirsiniz.

16. Diğer Mevzuata İlişkin Açıklamalar

Kimlik Tespiti

Tüzel kişiler için vergi levhası, faaliyet belgesi, ticaret sicil belgesi, imzaya yetkili kişileri kimlik fotokopileri ve imza sirkülerinin sigortacıya iletilmesi gerekmektedir.

5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun ve Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Tedbirler Hakkında Yönetmelik ve alt düzenlemeleri ile Allianz Grubu'nun konuya ilişkin kuralları uyarınca, mevzuatta belirlenen tutar üzerindeki prim ya da her türlü tazminat ödemesi durumunda, işlem yapılmadan önce Şirketimiz tarafından kimlik tespit bilgi ve belgelerinin alınması zorunludur.

Ticari Yaptırımlar

Hiçbir sigorta/bireysel emeklilik/reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları, Avrupa Birliği, Birleşik Krallık veya Amerika Birleşik Devletlerinin ticari veya ekonomik yaptırımları, Mali Suçları Araştırma Kurumu'nun 6415 sayılı Terörizmin Finansmanının Önlenmesi Kanunu ile 7262 sayılı Kitle İmha Silahlarının Yayılmasının Finansmanının Önlenmesine İlişkin Kanunu ile alt düzenlemeleri/kararları veya reasürörün/sigorta/bireysel emeklilik şirketinin tabi olduğu yasalar veya düzenlemeler uyarınca, ticari veya ekonomik yaptırımlara, yasak ya da kısıtlamaya konu olabilecek ve kendisini yaptırıma maruz bırakacak herhangi bir teminatı vermiş sayılmayacak, böyle bir tazminatın ya da birikimin ödenmesi veya menfaatin sağlanmasında yükümlü olmayacaktır.

Taraflar; Sigorta Ettiren'in beyan ettiği sigorta konusu ve ihtiyaç duyduğu himayeye ilişkin Sigortacı ve/veya acentesi tarafından kendisine sözlü olarak anlatılan ve bu kapsamda Sigorta Ettiren'ce seçilen ürün bazında ayrıca işbu formdaki içerik ve detayda bir bilgilendirmenin Sigortacı ve/veya aracısı tarafından yapıldığını kabul ve beyan ile, işbu formu imza altına almışlardır.

1 - Teminatı Veren Sigortacı'nın;

Ticaret Ünvanı : Allianz Sigorta A.Ş.

Adresi : Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah. Kayışdağı Cad. No:1 Ataşehir/İstanbul 34750

Tel & Faks No: Tel: (0216) 556 66 66 Faks: (0216) 556 67 77

Tarih:

İmza :

2 - Sözleşmeye Aracılık Eden Sigorta Broker/Acentesi'nin;

Ticaret Ünvanı :

Adresi :

Tel & Faks No. :

Tarih:

Kaşe ve İmza :

3 - Sözleşmeye Taraf Olan Sigorta Ettiren'in;

Ünvanı :

Adresi :

Tel & Faks No. :

Tarih:

Kaşe ve İmza :