



Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları

İçindekiler

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	3
2. TANIMLAR	3
3. TEMİNATLAR.....	7
3.1. Ana Teminatlar	7
3.2. İsteğe Bağlı Ana Teminatlar	9
4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ	11
4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi	11
4.2. Hamilelik ve Doğum Teminatı Bekleme Süresi	11
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR	12
6. COĞRAFİ KAPSAM	14
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	14
7.1. Limit Uygulaması	14
7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	14
7.3. Muafiyet Uygulaması.....	14
7.4. Kalan Limit Hesaplaması	15
7.5. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	15
7.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	15
8. TAZMİNAT ÖDEMESİ	16
8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	16
8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	16
8.3. Yurt Dışında Yapılan Tedavi Giderleri	16
9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	17
9.1. Poliçenin Yenilenmesi	17
9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	17
9.3. Ömür Boyu Yenileme Garantisi Verilmeyecek İstisnai Durumlar	18
10. PRİM TESPİTİ.....	18
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	18
10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	18
10.3. Hastalık Ek Primi	19
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	19
11.1. Sigortalı Girişi	19
11.2. Başvuru İşlemleri ve Sorumluluklar	19
11.3. Başvuru Formu’nun Değerlendirilmesi	20
11.4. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi	20
11.5. Allianz Bebeği	20
12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR.....	21
12.1. Allianz Grup Sağlık Sigorta Poliçesine Geçiş İşlemleri	21
12.2. Allianz Bireysel Sağlık Poliçesine Geçiş İşlemleri	21
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	22
13.1. Sigortalı Çıkışı	22
13.2. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin Talebi Sonucu İptal	22
13.3. Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	23
13.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	23
14. EKLER.....	23
14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	23
14.2. Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	23
14.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	24
14.4. Rücu ve İstirdat Hakkı	24
14.5. Ekonomik Yaptırımlar	24
14.6. Ek Faydalar	24

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Sigorta A.Ş (Sigortacı), sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek sigortalıya ait sağlık giderlerini; poliçede belirtilen planlar, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı (Network) kapsamında Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları (Özel Şartlar) ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar), var ise Ek Protokol (Protokol), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik), Türk Ticaret Kanunu, Sigortacılık ve Sağlık Mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

Poliçe kapsamında yer alan plan ve 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.

Bu “Özel Şartlar”da yapılacak değişiklikler, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

2. TANIMLAR

Sigortacı

İlgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan, Türkiye’de kurulmuş sigorta şirkettir. Bu “Özel Şartlar”a tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde “Sigortacı”, Allianz Sigorta A.Ş.’dir.

Diğer Sigorta Şirketi

Sağlık sigortası branşında faaliyet ruhsatı bulunan, Allianz Sigorta A.Ş. dışındaki Türkiye’de kurulmuş sigorta şirketi ile yurt dışında kurulmuş sigorta şirketinin Türkiye’deki teşkilâtını ifade eder.

Sigorta Ettiren

Sigortacı ile sigorta sözleşmesini akdeden ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan tüzel kişidir.

Sigortalı

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan, poliçede ismi yer alan, Türkiye’de ikamet eden ve TCKN veya YKN’na sahip personel ve bağımlıları (sigorta ettirenin talep etmesi ve sigortacının kabul etmesi şartıyla tanımı ve şartları protokolde belirtilecek eş, çocuk ve diğer yakını) konumundaki kişi/kişilerdir. Personel poliçeye dahil edilmeden bağımlılar tek başına sigortalanamaz.

Sigortalı Adayı

Sağlık giderlerinin sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınması amacıyla sigortacıya başvuran kişi/kişilerdir.

Personel

Sigorta ettiren şirketin kadrosunda çalışan kişidir.

Eş

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında personel ile evli olan kişiyi ifade eder.

Çocuk

Sigortalının velayeti altındaki ve/veya hukuken bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen bekar çocuklarıdır.

Poliçe

Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi’ni belgeleyen evraktır.

Plan

Bir grup sağlık sigortası sözleşmesinde farklı teminat gruplarına göre oluşturulan; teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigortacının ödeme yüzdesi veya sigortalı katılım payını gösteren poliçe üzerindeki veya ekindeki bilgidir.

Ek Protokol (Protokol)

Sigortacı ve sigorta ettiren arasında yapılan, poliçeye ait ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak sigorta ettirene özel hazırlanan ve özel şartlara uygulanan iyileştirmeleri içeren dokümandır. Özel Şartlar ile Protokol arasında farklılıklar olması durumunda Protokolün lehte düzenlemeleri esastır.

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Sigortalı ve sigorta ettirene ait sertifikada yer alan 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 sigortalılarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel şartların en güncel hali www.tsb.org.tr web sitesinde yer almaktadır.

Allianz Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri ve ambulans, yurtdışı danışma gibi çeşitli hizmetler alabildikleri 0850 399 99 99 numaralı telefon hattıdır.

Bireysel Sağlık Sigortası

Bireyin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen veya bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Grup Sağlık Sigortası

Sigorta ettiren tüzel kişilik ile bordro, öğrencilik, üyelik gibi ilişkisi olan kişilerin toplu olarak sigortalandığı personel/eş/çocuktan oluşan sağlık sigortası türüdür.

Katılım Sertifikası

Sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin özeti niteliğinde bulunan; sigortalanan kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortanın başlangıç ve bitiş tarihlerini, teminat tablosu gibi hususları, ilgili mevzuat uyarınca içeren ve grup poliçesi kapsamında bulunan sigortalılara iletmek üzere oluşturulmuş yazılı belgedir.

Sertifikanın bir örneği Allianz’ım mobil uygulamasında ve www.allianz.com.tr “Online İşlemler” adımından sigortalının kişisel sayfasında görüntülenebilmektedir.

Bilgilendirme Metni

Sözleşme kurulmadan önce sigorta ettirene ve sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından sonra sigortalıya verilen; sigortanın kapsamı, işleyişi ve tazminat ödeme kurallarına ilişkin özet bilgileri içeren belgedir.

Teklif Formu

Sigorta ettiren şirket adayına ait bilgileri, personel ve/veya bağımlı sayısını, istenen ürün / teminatların detaylarını ve prim ödeme planını içeren teklif niteliğindeki belgeyi ifade eder.

Yaş

Sigorta sözleşmesinde yer alan sigortalıların, poliçe başlangıç yılı ile sigortalıların doğum yılı esas alınarak yapılan yaş hesabıdır. Sözleşme süresince başlangıçta hesaplanan risk yaşı geçerlidir.

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

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

Doğumsal Hastalık

Belirti ve tanısı ileri yaşta çıksa bile Prenatal (doğum öncesi), perinatal (gebelik sırasında) ve doğum eylemi sırasında fiziksel, metabolik, embriyolojik, genetik ve kimyasal nedenlere bağlı oluşan, her tür sakatlık, gelişim bozuklukları, metabolik ve genetik, konjenital tüm hastalıklar, yapısal ve fonksiyonel anomalilerdir.

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık

Poliçenin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü hastalık veya rahatsızlıktır.

Endikasyon

Bir ilacın hangi hastalıklara ve hangi biçimde uygun olacağını veya bir operasyonun, testin ve prosedürün hangi koşullarda gerekli olduğunu ifade eder.

Bekleme Süresi

Sigortacı tarafından belirlenen bazı hastalıklar/rahatsızlıkların poliçe teminat kapsamında değerlendirilebilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

Başvuru Formu

Sigortalı adayına ait kimlik, iletişim, sağlık beyanı, hesap numarası gibi bilgileri içeren ve sigortalı adayı tarafından imzalanması/onaylanması gereken formdur.

Beyan Yükümlülüğü

Sigorta Ettirenin/sigortalının gerek sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, gerek sigorta sözleşmesinin devamı sırasında sigortalıların mevcut tüm hastalık/rahatsızlıklarını veya riskin değerlendirilmesinde etkili olabilecek hususları bildirme yükümlülüğüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının, sigortacının yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı olarak sigortacıya bildirmesi gerekmektedir.

Kalıcı Veri Saklayıcısı

Sigorta ettiren, sigortalı veya sigortadan faydalananak kişilerin gönderdiği veya bu kişilere gönderilen bilgilerin amacına uygun olarak makul bir süre içinde incelenmesine elverecek şekilde kaydedilmesini ve değiştirilmeden kopyalanmasını sağlayan ve bu bilgilere aynen ulaşılmasına imkân veren kısa mesaj, elektronik posta, internet, mobil uygulama, disk, CD, DVD, hafıza kartı ile Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi üzerinden veya e-Devlet üzerinden kurulacak yapı ve benzeri her türlü araç veya ortamı ifade eder.

İstisna

Poliçe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) sigortacının değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

Sağlık Hizmet Tarifesi

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

Coğrafi Kapsam

Poliçe yer alan plan ve teminatların coğrafi geçerliliğini (Tüm Dünya/Türkiye gibi) gösteren özelliktir.

Sağlık Kurumu

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

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu (AK)

Sigortacının sözleşme yapmış olduğu sağlık kurumları ile bu kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan ve sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı (Network)

Network, sigorta ettiren tarafından tercih edilen poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

Her bir network, sigortacı tarafından Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasından verilen hizmetler, yerleşim yeri, sözleşme koşulları gibi özellikler dikkate alınarak oluşturulmuştur.

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu (AHK)

Sigorta ettirenin, poliçelerinde tercih etmiş olduğu network dışında yer alan ve/veya sigortacı ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarıdır.

Poliçede tercih edilen network’te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı tarafında resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar da “Anlaşma Harici Sağlık Kurumu” olarak değerlendirilir.

d) Yurtdışı Sağlık Kurumu (YD)

T.C. sınırları dışında hizmet veren; ilgili ülke mevzuatınca sağlık kurumu özelliği taşıyan hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, eczane gibi kurumlardır.

Tazminat

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

a) Provizyon/E- Provizyon

Sigorta ettirenin tercih etmiş olduğu network’te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme, sigortalının sağlık giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte sağlık poliçesinin yürürlükte olması şartıyla geçerlidir.

Tazminat talebi sırasında verilen provizyon/e-provizyon son onay değildir. Sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. İleriye yönelik alınacak olan provizyon /e-provizyonlarda Poliçe Özel ve Genel Şartları’nda yer alan hakların kullanılabilmesi için tahakkuk tarihi esas alınır.

b) Tahakkuk

Sigortacının gelen tazminat talebini, önceden provizyon/e-provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, poliçe teminat ve limitleri, “Poliçe Özel ve Genel Şartları” dahilinde değerlendirerek, sağlık kurumlarına ve/veya sigortalı/ sigortalılara ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verme aşamasıdır.

c) Doğrudan Ödeme

Poliçede tercih edilen network’te gerçekleşen sağlık giderleri için provizyon/e-provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı/ muafiyet olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. Sigortacı tarafından, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, sigortacının sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

d) Sonradan Ödeme

Provizyon/e-provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna daha sonra sağlık giderine ait fatura, “Tedavi Masrafları Talep Formu” ve “Özel Şartlar”ın

“Tazminat Ödemesi” maddesinde belirtilen gerekli belgeleri sigortacıya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu)

Sigortalı tarafından provizyon/e-provizyon alınmaksızın yapılan sağlık gideri ödemelerinin sonradan ödeme kapsamında değerlendirilebilmesi için tedaviye ilişkin yapılan ödemeye ait fatura bilgilerinin, sigortalı tarafından doldurularak sigortacıya iletilmesi gereken formdur.

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.

Muafiyet

Tazminat ödemesine konu olan sağlık giderinin, sigortalı tarafından üstlenilen kısmıdır. Muafiyet, türüne göre sigortacının sorumluluğu başlamadan uygulanabileceği gibi her işlemde ya da belirli limit aralıklarında da uygulanabilir.

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

Sigortacının, sözleşme ile sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar ve üstlendiği risk için belirlediği bedeldir.

a) Sağlık Tarife Primi

Poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Grup Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı planlarına ait; personel, eş, çocuk için cinsiyet, yaş ve medeni durum gözetilerek tespit edilmiş olan yıllık baz primi ifade eder.

b) Poliçe Primi

Sağlık Tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek primi ile tazminat ek priminin ilave edilmesi ile oluşan Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu yıllık Grup Sağlık Sigortası Poliçe ve Zeyillerin toplam primidir.

Hastalık Ek Primi

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, sigortacının değerlendirmesi sonucunda, “Sağlık Tarife Primi”ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

Yeni İş Poliçe

Sigorta Ettiren’in Allianz Grup Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih ederek Sigortacı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı’nın teminat altına alındığı grup sağlık poliçelerinden ilkidir.

Transfer Poliçe

Sigorta Ettiren’in Allianz Grup Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih etmesi ve Sigortacının kabul etmesi sonucu diğer sigorta şirketlerinin muadil ürünlerinden geçiş yaparak Sigortacı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı’nın teminat altına alındığı grup sağlık poliçesidir.

Yenileme Poliçe

Sigorta Ettiren’in Allianz Grup Sağlık Sigortası ürünleri kapsamında süresi sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla Sigortacı ile yeniden akdedilerek Sigortalının bir yıl süreyle teminat altına alındığı grup sağlık poliçesidir.

Yenileme

Grup özel sağlık sigortası sözleşmesinin poliçe bitiş tarihini takiben bir ay içinde yenilenmesini ifade eder.

Zeyilname

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

Allianz Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, sigortacıda aralıksız devam eden Allianz Sağlık Sigortası Poliçeleri’ne ilk giriş tarihidir.

Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Özel Sağlık Sigortası sisteminde aralıksız devam eden sağlık sigortası poliçelerine ilk giriş tarihidir.

Acil Durum

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, önemli bir tıbbi sorun olduğuna dair haklı bir tıbbi görüşe yol açan, Dünya Sağlık Örgütü ve “Sağlık Hizmet Tarifesi” referans alınarak hazırlanmış, aşağıda yer alan Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur.

Akut Miyokard Enfarktüsü	Menenjit
Ani Felçler	Mide Perforasyonu
Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar	Renal Kolik
Apandisit	Sinir Kopması
Beyin Apsesi	Soğuk veya Sıcak Çarpması
Ciddi Genel Durum Bozukluğu	Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri
Ciddi İş Kazası	Suda Boğulma
Darbeye Bağlı İç Organ Zedelenmesi	Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
Diabetik ve Üremik Koma	Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları
Donma	Trafik Kazası
Elektrik Çarpması	Travmaya bağlı her tip sütur gerektiren cilt kesikleri
Ensefalit (Beyin İltihabı)	Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar
Epilepsi Krizi	Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum
Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıkları	Tüm Kırık ve Çıkıklar
Gebelik düşüklerine bağlı jinekolojik hormonal kanamalar hariç her türlü iç organ kanaması	Uzuv Kopmaları
Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri	Yılan, akrep, örümcek ve böcek sokması sonucu oluşan ciddi alerjik tablolar
Hipertansiyon Krizleri	Yüksek Ateş (38 derece ve üzeri)
Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar	Yüksekten Düşme (intihara teşebbüs hariç)

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 imkan 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

Sigortacı teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini kapsama alıp almamaya yönelik “Teminatlar” da düzenlemeler yapabilir.

3.1. ANA TEMİNATLAR

Aşağıdaki teminatlar, sigorta ettirenin tercihine bağlı olarak sigortalının dahil olduğu poliçe planlarında yer alması halinde poliçe planında belirtilen limit, muafiyet, kurum ağı (network), coğrafi kapsam ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

3.1.1. YATARAK TEDAVİLER VE AMELİYATLAR

Sigortalının, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yatarak yapılan tedavileri için hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anestezist gibi), ameliyathane, standart oda, yoğun bakım, yemek, refakatçi (1 kişi ile sınırlıdır), ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve tetkiklere(tahlil, röntgen vb.) ilişkin sağlık giderleri, “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminatı kapsamında poliçe planında belirtilen limit, muafiyet, kurum ağı(network), coğrafi kapsam ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

Poliçede “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminatı kapsamında yer alan tüm giderler bakımından, sigorta yılı içinde hastanede yatış süresi 180 gün ile sınırlıdır. Normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

3.1.1.1. Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri “Ameliyat” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Vücut içi pompalar (insülin pompası hariç), ICD (kalp içi ritim düzenleyici), kalp pili, meme kanseri ve kaza sonucu estetik

ameliyatları, memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, mol hidatiform, ve dış gebelik operasyon giderleri de bu teminat 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 Tarifesi”ne göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için “Sağlık Hizmet Tarifesi”ne göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi/Ortalama Günlük Tedavi

Tedavinin, 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/Ortalama Günlük Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.1.3. Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalının, yatarak tedavi sonrasında tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri “Evde Bakım ve Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.1.4. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Sigortalının “Ameliyat Teminatı” ve “Ameliyatsız Tedavi” teminatları kapsamında karşılanan bir kaza veya hastalığına ilişkin ameliyat veya yoğun bakım yatışı sonrasında, 60 gün içerisinde başlayan ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri, ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın poliçede belirtilen “Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak poliçede, “Yatarak Tedavi Teminatı”nın limitsiz olarak belirtilmesi durumunda “Anlaşma Harici Kurumlar”da her bir işlem, “Sağlık Hizmet Tarifesi” ile de sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

Sadece fizik tedavi sebebi ile uzayan yatışlarda fizik tedavi dışındaki giderler karşılanmaz.

3.1.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi

Habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz uygulama ücreti) poliçede belirtilen

“Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.1.6. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler, polîçede teminatın bulunması durumunda, “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri” teminat limitinin aşılması durumunda bu tetkik giderleri, polîçede yer alması halinde ilgili “Ayakta Tedavi Teminatları” limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Polîçede bu teminatın bulunmaması durumunda, “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri”ne ilişkin giderler, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamındadır.

3.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

“Sağlık Hizmet Tarifesi”nde küçük ameliyat olarak belirtilen cerrahi girişimler (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama, kriyo ve elektrokoter işlemleri, ilaçları dahil göz içi ve eklem içi enjeksiyonlar, tıbbi gereklilik halinde nevüs(ben) ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık giderleri; yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, polîçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile “Küçük Cerrahi” teminatı kapsamında karşılanır. Bu işlemlerin “Sağlık Hizmet Tarifesi”ne göre 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Küçük cerrahi işlemlerinde “Acil Durum” tanımına uyan ve uygulanacak tedavinin veya işlemin polîçe kapsamına dahil olduğu durumlarda girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç (eczaneden alınmak üzere reçete edilecek ilaçlar ilaç teminatı kapsamında değerlendirilir), ameliyathane, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı giderleri ve doktor ücretleri de “Küçük Cerrahi” teminatından karşılanır.

Ancak, “Acil Durum” tanımına uymayan durumlarda, bu girişimlerle ilgili olsa dahi her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç giderleri, polîçede tercih edilmiş olması halinde “ilgili teminatları” 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 aynı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), “Sağlık Hizmet Tarifesi”ne göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için “Sağlık Hizmet Tarifesi”ne göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.3. TIBBİ GÖZLEM TEDAVİ

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına ve yapılan işlemin “Sağlık Hizmet Tarifesi”ndeki birimine bakılmaksızın, yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere (gözlem/müşahade/puva tedavileri gibi) ait sağlık giderleri, polîçede belirtilen “Tıbbi Gözlem Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Bu kapsamda yapılacak işlemlerde kullanılacak malzeme, ilaç, doktor ücretleri ile “Acil Durum” tanımına uygun olması ve uygulanacak tedavinin veya işlemin polîçe kapsamına dahil olduğu durumlarda ilgili tetkik giderleri “Tıbbi Gözlem Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Ancak “Acil Durum” tanımına uymayan durumlarda bu tedaviler ile ilgili olsa dahi her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç giderleri polîçede varsa “İlgili Ayakta Tedavi Teminatları” kapsamında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, KBB doktoru tarafından yapılan vestibüler rehabilitasyon, “Sağlık Hizmet Tarife” birimi ile yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın “Tıbbi Gözlem Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Polîçedeki plan/planlar kapsamında ilaç teminatı bulunması ve uygulanacak ilacın kapsam dahilinde olması kaydıyla her türlü enjeksiyon bu teminat kapsamında karşılanır.

3.1.4. SUNİ UZUV

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu bir organın kaybolan fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla yine sigorta süresi içinde takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak, göz, testis protezleri ile vücuda implante edilen cihazlardan; koklear implantlar, insülin pompası ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve sigortacının onaylaması koşulu ile polîçede belirtilen “Sunî Uzuv” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.5. TIBBİ MALZEME

Sigortalının polîçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücut dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan taşınabilir; kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, nebulizatör, rom walker, walker, koltuk değneğı, alçı terliğı, ürostomi torbası, kolostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda) ve işitme cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında polîçede belirtilen “Tıbbi Malzeme” limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Ancak hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ilgili teminatlar

(Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Evde Bakım ve Tedavi, Küçük Cerrahi) dahilinde karşılanır.

Bu teminattan sadece polîçede yer alan teminatlar kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler karşılanır.

Ayakta tedavi ve doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak polîçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

3.1.6. TRAFİK KAZASI SONRASI DIŞ TEDAVİ

Resmi kurumlarca (adli, idari merciler) düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiğı durumlarda sigortalının trafik kazası sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmalarında, diş hekimi ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş ve diş eti ile ilgili her türlü tedavi giderleri, polîçede belirtilen “Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Diş implantasyonu ile implantasyon öncesinde ve sonrasında ilgili giderler, kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile ilgili giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

3.1.7. KONTROL MAMOGRAFİ

Polîçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan kadın sigortalıların yaptıracakları kontrol, mamografiye ilişkin ücretleri yılda bir defaya mahsus olmak üzere sigortacının internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde yer alan “Özel Anlaşmalı Mamografi Tarama Merkezlerinde” önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, polîçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.8. PSA TARAMA

Polîçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan erkek sigortalıların yaptıracakları PSA taramaya ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere Sigortacı’nın internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde yer alan “Özel Anlaşmalı PSA Tarama Merkezlerinde” önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla polîçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.9. Ek Rehabilitasyon

Sigortalının sigortalılık süresi içinde geçirdiğı bir hastalık, sakatlanma veya yaralanmanın ardından (nörolojik hastalıklar, travma, ekstremitte amputasyonu vb.), yitirdiğı yaşam fonksiyonlarının (yürüme, yeme-içme, giyinip soyunma vb.) kısmen de olsa normale döndürülebilmesi için uygulanan tedavi yöntemi (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderler, tedavinin sigortalılık süresi içinde tamamlanması, hastanede yatarak yapılması ve bu durumun sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla polîçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.10. Kara Ambulansı

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna nakli için “Allianz Müşteri Hizmetleri”ni araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiğı bölgelerde “Ambulans” teminatından yararlanır.

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda sigortacıya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve sigortacının

onayı ile hasarın gerçekleştiğı ülke sınırları dahilinde hava veya deniz ambulans hizmeti sigortacı tarafından verilir.

Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluktan sigortacı sorumlu değildir.

3.2. İSTEĞE BAĞLI ANA TEMİNATLAR

Aşağıdaki teminatlar, sigorta ettirenin tercihine bağlı olarak sigortalının dahil olduğu polîçe planlarında yer alması halinde polîçe planında belirtilen limit, muafiyet, kurum ağı (network), coğrafi kapsam ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

3.2.1. AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI

3.2.1.1. Doktor Muayene

Sigortalının bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, tıp merkezi, klinik, poliklinik, özel muayenehane ve acil durumlarda evde doktor tarafından fiziki olarak yapılacak muayeneler ile ilgili giderler “Doktor Muayene”, teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Sigortacı ile özel anlaşma yapan muayenehane hekimleri “Uzman Network” olarak isimlendirilmiştir. Sigortacının “Uzman Network” uygulaması başlattığı illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak doktor muayene giderleri, polîçede belirtilen doktor muayene teminatı kapsamında %100’lü olarak karşılanır.

3.2.1.2. İlaç

Doktor tarafından yapılan fiziki muayene sonrasında sigortalının tedavisi için gerekli görülerek reçeteye yazılan ilaçlar ile ilgili giderler, Polîçe Özel Şartları dahilinde kullanımının polîçe süresi içerisinde olması her bir ilaç kalemi için en fazla 30 günlük doz olacak şekilde, “İlaç” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Ancak tedaviyi üstlenen doktor tarafından rapor ile sürekli kullanılması gerektiğı belirtilen ilaçlar, Polîçe Özel Şartları dahilinde, kullanımının polîçe süresi içerisinde olması ve sigortacı tarafından onaylanması halinde 90 günlük dozlar halinde reçete edilebilir. Sigortacı tarafından kabul edilen ilaçlara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ile ilaçların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 15 günden fazla bir süre bulunması durumunda reçete giderleri teminat kapsamı dışındadır.

Polîçe kapsamındaki bir hastalığın tedavisi için gerekli olan, endikasyon ve FDA onayı bulunan ancak Türkiye’de muadili olmayan ilaçlar sadece resmi kurumlar (Türk Eczacılar Birliğı(TEB)) aracılığı ile Türkiye’ye getirilmesi, kullanımının polîçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı’nın onay vermesi koşuluyla, hastalık ve tedavinin özelliğine göre belirlenecek ilgili teminatlar kapsamında teminat limiti, polîçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.

Ayrıca aşağıda belirtilen aşılar, “İlaç” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Çocukluk çağı rutin aşıları;

0-1 yaş için 3 doz rotavirüs,

0-2 yaş için 2 doz, 3-11 yaş için 1 doz Meningokok MENG / MENG2,,MENG3

0-3 yaş için 2 doz hepatit A,

0-6 yaş için 4'er doz polio, difteri, boğmaca, tetanoz, haemophilus influenza B, 3 doz hepatit B, 2'er doz kızamık, kızamıkçık, kabakulak, su çiçeği, 1 doz BCG (Verem),

0-9 yaş için 4 doz pnömokok, yılda 2 doz grip aşısı olarak belirlenmiştir.

Yetişkinlerde grip aşısı 1 doz olarak belirlenmiştir. Bunlara ek olarak; kuduz ve tetanoz aşıları da her yaş grubu için kapsam dahilindedir.

Toplu aşı organizasyonları sadece sigortacının onay vereceği grip aşıları için geçerlidir.

3.2.1.3. Laboratuvar Tetkikleri

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun fiziki muayene sonrasında tetkik isteminde belirttiği kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri "Laboratuvar Tetkikleri" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında karşılanır.

3.2.1.4. Röntgen

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun fiziki muayene sonrasında tetkik isteminde belirttiği röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG, solunum fonksiyon testi gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler "röntgen" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında karşılanır.

3.2.1.5. İleri Tanı Yöntemleri

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun fiziki muayene sonrasında tetkik isteminde belirttiği bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler smear-yayma, punch veya iğne biyopsisi gibi yöntemler ile tanı amaçlı yapılan küretajlar "İleri Tanı Yöntemleri" teminat ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Karaciğer, böbrek, beyin, mediastinoskopik akciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, "Sağlık Hizmet Tarife" birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır.

Anjiyografi (Koroner Anjiyografi, Ameliyat teminatı kapsamında karşılanır.) ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil) ile ilgili giderler de "İleri Tanı Yöntemleri" limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır.

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait diğer giderler ise "röntgen" veya "Laboratuvar Tetkikleri" teminatları kapsamında karşılanır.

3.2.1.6. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fiziki muayene sonrasında fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı düzenlenen ve sigortacı tarafından onaylanan fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın "Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.

Police yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak poliçede Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon teminatının limitsiz olarak belirtilmesi durumunda "Anlaşma Harici Kurumlar"da her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

3.3. İSTEĞE BAĞLI EK TEMİNATLAR

3.3.1. HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI

Hamilelik ve Doğum Teminatı'nın yürürlüğe girmesi için, 4.2 numaralı "Bekleme Süreleri ve Teminat Hak Edişleri" maddesindeki şartlar sağlanmalıdır.

3.3.1.1. Doğum ve Sezaryen

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik(gebelik) komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen "Hamilelik ve Doğum Teminatı" limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.3.1.2. Gebelik Komplikasyonları Tedavi

Gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar (hiperemesis, abortus(zorunlu küretaj dâhil), preeklampsı gibi), lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar, teminat tablosunda ayrıca belirtilmesi halinde "Gebelik Komplikasyonları Tedavi" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile belirtilmemişse "Hamilelik ve Doğum" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.3.1.3. Gebelik Rutin Kontrolleri

Gebelik gerçekleştikten sonra gebelik ile ilgili fiziki muayene sonrasında yapılan her türlü takip ve tetkikler (periyodik fiziki doktor muayeneleri, TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama testi gibi), teminat tablosunda ayrıca belirtilmesi halinde "Gebelik Rutin Kontrolleri" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile, belirtilmemişse ilgili ayakta tedavi (Doktor muayene, ilaç, tahlil, röntgen, ileri tanı vs.) teminat limit ve ödeme yüzdesi karşılanır.

3.3.1.4. Doğum Kontrolü

Doğum Kontrol yöntemlerinden kısırlaştırma (tüp ligasyonu, vasktomı), spiral uygulaması ve bu uygulamaların komplikasyonları "Doğum Kontrol Yöntemleri" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu teminat, Hamilelik ve Doğum Teminat limitinin bitmesi durumunda her şekliyle son bulur. (Doğum kontrol hapı, hormon enjeksiyonları, kondom gibi diğer doğum kontrol yöntemleri teminat kapsamı dışındadır.)

3.3.2. DIŞ TEDAVİ

Diş hekimi tarafından yapılan fiziki muayene, diş ve ağız içi tedaviler, ameliyat ve protezler (endodontik, periodontik tedaviler ile ağız, diş ve çene cerrahisi gömülü dişler, çene eklemi tedavisi, diş yaralanmaları, diş acilleri gibi) poliçede belirtilen "Diş Tedavi" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Diş hekimi tarafından düzenlenen reçete ile alınan ilaç giderleri, varsa poliçe planlarında yer alan "ilaç" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Estetik amaçlı diş tedavileri, cerrahileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik tedaviler "Diş Tedavi" teminatı kapsamı dışındadır.

3.3.3. GÖZLÜK VE LENS

Sigortalının görme kusurunun, sürekli kullanacağı numaralı gözlük veya lens ile giderileceğinin, göz doktoru tarafından fiziki olarak yapılan muayene sonucunda reçete ile belgelendirilmesi durumunda reçeteye bağlı olarak alınan gözlük cam ve çerçevesi (güneş gözlüğü hariç) ile numaralı lens, lens solüsyonu giderleri poliçede belirtilen "Gözlük ve Lens" limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.3.4. HAVA AMBULANSI

Sigortalının, sigorta süresi içerisinde kaza veya hastalık sonucu, tıbben hayati tehlike ile karşı karşıya kalmasına yol açacak acil durumu nedeniyle en yakın sağlık kurumuna kara ambulansı ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı ve bulunduğu yerde tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda sigortacıya detaylı tıbbi bilgilerin yazılı olarak ulaştırılması ve sigortacının onay vermesi kaydıyla "Hava Ambulansı" giderleri teminatı kapsamında karşılanır.

Allianz Müşteri Hizmetleri'ne başvurulmaksızın veya sigortacının onayı alınmadan gerçekleşen hava yolu taşımaları sigortacı tarafından kabul edilmeyecektir. Özel ya da tarifeli olarak yapılan hava yolu ulaşımına ait giderler, bu teminat kapsamı dışındadır.

Hayati tehlike gösteren acil durum nedeniyle sigortacının onayı ile geçerli olan hava yolu ulaşım hizmetine ait giderler sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluktan sigortacı sorumlu değildir.

4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ

4.1. TEDAVİLERDE UYGULANACAK BEKLEME SÜRESİ

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.

Ancak yukarıda belirtilen tüm hastalıklar/rahatsızlıklar için de geçerli olacak şekilde;

- Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar ile poliçede istisna uygulanmış hastalıklar,
- "Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar" maddesinde istisnai bir durum belirtilmemiş ise doğumsal hastalıklar, genetik hastalıklar

Poliçe teminat kapsamı dışındadır.

4.2. HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI BEKLEME SÜRESİ

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.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR

Aşağıda belirtilen durumlar poliçe kapsamı dışında olup bahsi geçen hususlara ilişkin olarak sigortacının, sigortalıya karşı herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır. Ayrıca sigortacı, teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini kapsama alıp almamaya yönelik “Teminat Dışı Kalan Haller” başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları’nda düzenlenmiş teminat dışı haller,

2. 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,

3. 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, ortoptik 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 bu 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, 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.

4. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,

5. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,

6. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),

7. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,

8. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene; nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,

9. Bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansiyel hastalıklar ile ilgili her türlü gider,

10. 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 merkezlerinde, 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. İditme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedavi giderleri,

11. 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,

12. 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,

13. Sigortalıya uygulandığı tarihte bir tanının, tedavinin;

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,

14. Robotik cerrahi yöntemiyle yapılan ameliyatlarda, robot kullanım/kira ücreti ve bu yönetime özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,

15. 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 skorlama 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,

16. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG’si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,

17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,

- a. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağıışıklığı 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 intraartiküler eklem içi enjektörleri hariç)
- e. İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,

18. Alerjik hastalıklar için yapılan deri testleri ve alerji aşıları,

19. 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,

20. 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,

21. 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,

22. Ses ve konuşma terapileri,

23. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,

25. 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,

26. 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),

27. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (şişiller, kondiloma akkürinata vb.) ve mollusum contagiosum tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,

28. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sihrî akrabalığı bulunan doktorun ücreti,

29. 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,

30. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider,

- a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılsa 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,

31. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde verici/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,

32. Tıbbi Malzeme ve Suni Uzuve Teminat tanımlarında belirtilmemiş her türlü tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri,

33. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider,

34. Kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanseri tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),

35. 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,

36. Poliçede yer almayan, tercih edilmeyen, hak kazanılmamış teminatlar ile ilgili her türlü gider (Yurt dışı Kapsamı, Ayakta Tedavi, Doğum, Diş, Gözlük, gibi), ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

37. Birden fazla sağlık poliçesi olan sigortalıların, diğer ürünlerinden karşılanan sağlık giderlerine ait sigortalı katılım payları,

38. 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,

39. 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,

40. Uzaktan verilen sağlık hizmetleri kapsamında yapılan her türlü gider,

41. Bekleme süresi kapsamındaki hastalıklar/rahatsızlıklar ile ilgili bekleme süresi içerisinde meydana gelen her türlü gider,

42. Bu özel şartın yürürlük tarihi itibarıyla geçerli sağlık referans tarifelerine (01.02.2026 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.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Poliçede yer alan teminat tablosunda yurtdışı kapsamının belirtilmiş olması kaydıyla ilgili teminatlar poliçede aksi belirtilmedikçe tüm dünyada, teminat tablosunda belirtilmemişse sadece Türkiye'de (yurt içi) geçerlidir. KKTC yurtiçi olarak değerlendirilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. LİMİT UYGULAMASI

Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve Yurtdışı Sağlık Kurumu olmak üzere üç kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı bulundukları kurum tipi için geçerli olan üst teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

Teminatlar Yurtiçi Anlaşmalı Sağlık Kurumları (AK) için limitli ise bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları (AHK) ve (poliçede yurtdışı teminatının bulunması durumunda) Yurtdışı Sağlık Kurumları (YD) için ortak limit olup gerçekleşen tazminat ödemeleri toplamı ilgili teminatın brüt AK limitinden düşülerek kullanılır.

7.2. ÖDEME YÜZDESİ, KATILIM PAYI UYGULAMASI

Sigortacı, Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve Yurtdışı Sağlık Kurumu olmak üzere her kurum tipi için poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde ödeme yapar. Ödeme yüzdesinden artakalan katılım payı ise sigortalı tarafından karşılanır.

7.3. MUAFİYET UYGULAMASI

Poliçede belirtilen ve sigortalı tarafından karşılanacak olan

muafiyet tutarı; poliçede Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve varsa Yurtdışı Sağlık Kurumu için ortak tutardır.

7.4. KALAN LİMİT HESAPLAMASI

Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen brüt limitten (limit), sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan muafiyet ve katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır.

7.5. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI VE NETWORK

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Allianz'ın kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde ve "Allianz'ım" mobil uygulamasında düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Poliçede yer alması durumunda belirtilen "Hizmetler" kapsamında sunulan Diyetisten ve Psikolog hizmetlerine ilişkin anlaşmalı diyetisyen ve psikologlar, "Allianz'ım" Mobil uygulaması üzerinden düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı yayınlanmaktadır.

Sigortacı ile network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında akdedilmiş olan sözleşmelerde değişiklik yapılabilir. Bu sözleşmelerde yapılan değişiklikler nedeniyle ilgili "Anlaşmalı Sağlık Kurumları"nda ömür boyu yenileme garantisi olan sigortalılar da dahil olmak üzere sigortalıya sunulan hizmetler, uygulamalar, sigortalı katılım payları ve benzeri hususlar bakımından farklılıklar söz konusu olabilir. Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

"Anlaşmalı Sağlık Kurumları"nda hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdaki provizyon alınmalıdır. Tercih edilen network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır.

Bu kurum veya kişiler ile bu Özel Şartlar kapsamında sigortacı ile hizmet sözleşmesi imzalamış diğer üçüncü kişi ve kurumların, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması ya da bu kişi ve kurumlar ile hizmet sözleşmesi imzalamış olması, bu kişi veya kurumların sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde sigortacı tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumların hizmetleriyle sonuçlarından ve bu kişi ve kurumlardan alınan hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durumdan, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

7.6. SAĞLIK KURUMLARI BAZINDA SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

- Poliçede tercih edilmiş network dahilinde olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları"nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti, teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.

- "Uzman Network" uygulamasının bulunduğu illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak muayene giderleri, doktor muayene teminatı kapsamında poliçede belirtilen "Anlaşmalı Kurum" teminat limiti, teminat açıklamaları ve %100'lü olarak "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş network dahilinde olmayan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları"nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş network dahilinde olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları"nda Anlaşmasız Doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş network dahilinde olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumu"nun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi sigortacı ile anlaşması olmayan doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Allianz ile anlaşması olmayan eczanelerden alınan ilaç giderleri Poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen perakende satış fiyatı baz alınarak karşılanır.
- Yurtdışı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen Yurtdışı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Ancak, Allianz Müşteri Hizmetleri'nin kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, "doğrudan ödeme" sürecinde yönetilmektedir.
- Sağlık Kurumu tanımına uymayan merkezlerin ilgili mevzuat kapsamında resmi merciler tarafından verilmiş bir yetkiye/ lisansa dayanarak tıbbi ürün satma yetkisi olması durumunda, Tıbbi Malzeme teminatı kapsamındaki giderler, tıbbi ürün istek raporunun Sağlık Kurumu tanımına uyan yerlerden alınmış olması durumunda poliçe teminat kapsamı dahilindedir.
- Kontrol Mamografi, PSA Tarama teminatları poliçede tercih edilmiş network dışında yapılması durumunda karşılanmaz.
- Poliçede belirtilen "Hizmetler" yalnızca bu Hizmetler'e özel olarak belirlenen Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda (Network) geçerlidir.

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

8.1. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortalının poliçe, plan/planlar ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş network dahilindeki “Anlaşmalı Sağlık Kurumları”nda, sigortacıdan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortacı tarafından sigortalı adına “Anlaşmalı Sağlık Kurumu”na yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

Sigortalı başvuruda bulunduğu “Anlaşmalı Sağlık Kurumu”na sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen katılım payını ve/veya muafiyetini ödemekle yükümlüdür.

Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra “Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi” bölümünde açıklanan evrakları ile sigortacıya başvurarak bu giderlerini “Tedavi Masrafları Talep Formu” (TMT Formu) ekinde talep etmesi durumunda bu masraflar, sonradan ödeme sürecinde değerlendirilerek sigortacı tarafından karşılanır.

Acil tedaviler dışındaki ameliyat ve tıbbi tedaviler 48 saat önceden Anlaşmalı Sağlık Kurumu aracılığı ile sigortacıya bildirilmediği takdirde doğrudan ödeme işlemi geçersizdir.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİNİN BELGELENDİRİLMESİ

Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi, sigortalının, detayları aşağıdaki maddelerde yazılı bilgi ve belgeleri eksiksiz şekilde sigortacıya ulaştırmasını takiben Özel Şartlar ve Türk Ticaret Kanunu (TTK)’da öngörülen süreler içerisinde sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

- Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;
 - Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren “Özel Sağlık Sigortaları Hasta Bilgi Formu”nun doldurulması,
 - Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

- Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini “Tedavi Masrafları Talep Formu” (TMT Formu) ekinde talep etmesi gerekmektedir. Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, anlaşma harici sağlık kurumları için geçerli olan teminat limitleri ve ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortacı tarafından tazmin edilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.

Sağlık giderinin ait olduğu sigortalı adına düzenlenmiş, “Tedavi Masrafları Talep Formu” (TMT Formu) doldurulmalıdır. Ekinde;

- 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
- Reçete aslı, ilaç kupürlerinin asılları ve barkodları,
- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu,
- Tetkik istem formu ve sonuçları (fotokopi olabilir)
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
- Müdahalelerde teşhis/tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon faturalarında, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Ameliyat sonrası yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, ilgili ameliyat raporu ile fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor, varsa tetkik sonuçları (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten 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. (Doğrudan Ödeme aşaması dahil) tüm belgeler bulunmalıdır.

“Doğrudan ve Sonradan 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. Bahse konu masraflar sigortalının teminatının bulunması durumunda poliçesinden, aksi takdirde sigortalı tarafından karşılanır.

8.3. YURT DIŞINDA YAPILAN TEDAVİ GİDERLERİ

Allianz Müşteri Hizmetleri’nin kullanılması, ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı olması, poliçede teminat bulunması, hastalık/rahatsızlığın teminat kapsamında olması durumunda yurtdışı ameliyat, ameliyatsız tedaviler ve Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz teminatları, doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilmektedir.

Allianz Müşteri Hizmetleri ile verilen danışmanlık hizmetleri, yapılacak tedavinin onaylandığı anlamını taşımaz. Sigortacı

direkt ödeme onayını, sigortalının hastaneye yatışı ve yeterli tıbbi bilginin aktarılması neticesinde verir.

Yurt dışında yapılan tedavilere ait faturaların ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

Sonradan ödeme sürecinde talep edilen tıbbi belgelere ek olarak aşağıdaki belgelerde iletilmelidir.

- Sigortalının sağlık giderinin gerçekleştiği tarihlerde yurtdışında olduğuna dair belge (pasaport ön yüzü ve o tarihleri içeren pasaport giriş çıkış sayfa örneği,
- Fatura aslı ve/veya ödemenin yapıldığına dair belgenin aslı,
- Son alacak/borç (balance) durumunu gösteren belge (itemized bill; bu dökümden ödeme tutarları, indirim tutarları gibi kalemler yer almalıdır).

Yurt dışında sigortalı tarafından ödenen tedavi giderleri, tedavinin bitiş tarihindeki TC. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak sigortalıya ödenir.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1. POLİÇENİN YENİLENMESİ

Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Poliçe, sigorta süresinin bitiminden önce sigorta ettiren ve Sigortacı’nın karşılıklı anlaşması ile aşağıdaki koşullarla yenilenebilir.

Yenilemenin en geç poliçe bitiş tarihini takiben 1 ay içinde yapılması durumunda sigortalı, varsa poliçeden doğan bütün haklarını kaybeder.

Teklifin yapılması ile kabulü arasında oluşan değişiklikler bakımından sigortalının beyan yükümlülüğüne uygun olarak, değişikliklere ilişkin sigortacıya 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 bu “Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları”nda, geçerli anlaşmalı kurum ağı ve teminat yapısında (teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri ve uygulama esasları gibi) ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir.

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

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

Yenileme döneminde yapılan tüm değişiklikler her bir sigortalı

için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

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

Sigortalıların/Sigorta ettirenin bu 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.

9.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG), ÖBYG taahhüdü içeren Allianz Sigorta Özel Grup Sağlık Sigortası (ÖSS) kapsamında yer alan Sigortalı’nın, bu 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.”

Sigortalı’nın, kesintisiz olarak 3 tam yıl boyunca ÖBYG taahhüdü bulunan Allianz Grup Sağlık Sigortası kapsamında sigortalı olması halinde 3 tam yılın sonunda, Allianz Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi’nde geçerli olmak üzere Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanılır. Grup sözleşmesi kapsamında sigortalının Ömür Boyu Yenileme Garantisine ilişkin kazanımları, sigortalının gruptan ayrılmasını takiben bireysel poliçeye geçiş aşamasında değerlendirilir. Bu süreçte, ÖBYG hak ediş tarihi öncesindeki sağlık durumu için risk değerlendirmesi yapılır. Sigortalının bireysel poliçeye geçiş talebi, Özel Şartlar’ın 12.2 numaralı “Allianz Bireysel Sağlık Poliçesine Geçiş İşlemleri” maddesi kapsamında değerlendirilir.

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 Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanıldıktan 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 uygulamaz.
- 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 tespit durumunda, ömür boyu yenileme garantisi almış olsa bile poliçesi iptal edilebilir ve/veya yenilenmeyebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, kişiye özel olup, yalnızca bu hakkı kazanmış sigortalıya aittir. Bu hakkı grup sağlık poliçe-sinde kazanan sigortalı/lar katılım sertifikasında ayrıca belirtilir.

Grup Sağlık Sigorta Poliçesi'nin poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan personel, eş ve/veya çocukları, dahil oldukları poliçe döneminden itibaren kesintisiz üç tam yılı tamamlamalarını takiben ilk yenileme döneminde yukarıda belirtilen kriterler dahilinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması bulunan bir Allianz Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi'nde geçerli olmak üzere Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır.

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.

Sigortacı ile Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında akdedilmiş olan sözleşmelerde değişiklik yapılabilir. Bu sözleşmelerde yapılan değişiklikler nedeniyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında ömür boyu yenileme garantisi olan sigortalılar da dahil olmak üzere sigortalıya sunulan hizmetler, uygulamalar, sigortalı katılım payları ve benzeri hususlar bakımından farklılıklar söz konusu olabilir. Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Bunun yanı sıra

anlaşmalı sağlık kurumlarında uygulanan özel uygulamalar da Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda son bulur.

9.3 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ VERİLMEMEYEN İSTİSNAİ DURUMLAR

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 kabul 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.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

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.

10.2 PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Poliçe priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatı ve taksitleri poliçe üzerinde yazılı vadelerde, sigorta ettirenin belirtmiş olduğu ödeme şekline (ana grup poliçesi için havale, bankalara verilen otomatik ödeme talimatı, ana grup poliçesi içinde yer alan kendi öderliler için kredi kartı ile) göre tahsil edilir.

- Havale ile ödeme yapılacak ise açıklama bölümüne mutlaka sigorta ettiren şirket ünvanı, poliçe numarası ve grup ve/veya alt grup adı ve kodu yazdırılmalıdır.
- Priminin tamamının veya peşinat ve taksitlerin herhangi birinin ödenmemesi ya da prim ödenmesi için sigortacıya bildirilen ödeme aracından tahsil edilmemesi durumunda, TTK 1434 hükümleri uygulanır.
- Sağlık gideri ödemelerinin durdurulmaması ve poliçenin iptal edilmemesi için poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde ilgili ödeme tipinin gerektirdiği hesap / limit kullanılabilir bakiyeleri ile prim ödemesi yapılabilirliğinin uygun olmasına dikkat edilmelidir.

Bu poliçenin tesliminde sigorta priminin tamamı veya ilk taksiti ödenmez ise Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz.

Poliçe başlangıç tarihinden sonraki sigortalı girişlerine (Eş, çocuk, yeni doğan bebek ve evlat edinilen veya bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen çocuklar dahil) ait prim tahakkukları poliçe prim borcuna ilave edilir ve kalan taksit adedine bölünerek takip eden vadelerde eşit taksitlerle tahsil

edilir. Sigortalı çıkışlarındaki iade prim tutarı ise eşit taksitlerle poliçe borcundan düşürülür.

Poliçe dönemi içinde bu poliçede verilen teminat limitlerinin değiştirilmesi sonucu oluşan prim, prim borcuna ilave edilir ve kalan taksit adedine bölünerek takip eden vadelere yansıtılır.

Poliçede belirtilen son taksit vadesinden sonraki zeyilnameler peşin olarak yansıtılır.

10.3. HASTALIK EK PRİMİ

Sigortalının "Sağlık Tarife Primi"ne uygulanacak hastalık ek prim oranı %200'ü geçemez.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1. SİGORTALI GİRİŞİ

Sigorta Ettiren, grup poliçesinde sigortalananacak kişileri ve tanımlarını (yaş, yakınlık derecesi gibi) teklif aşamasında sigortacı ile mutabık kalarak belirler. Grup poliçesi sadece çalışanlardan oluşabildiği gibi, çalışanların eş, çocuk ve diğer yakınlarını da kapsayabilmektedir. Bu tanım ve şartlar protokolle belirlenir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, sadece T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden kişiler sigortaya kabul edilirler.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Başvurusu sigortacı tarafından kabul edilen ve sigortalananak üzere ilk başvurdıkları tarihte yaşları 0 ile 64 (dahil) arasında olan personel, eş, çocuk ve diğer yakını statüsündeki kişiler, sigorta kapsamına alınabilir. 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 sigortalananmadan eş, çocuk ve diğer yakınları sigorta kapsamına alınamaz.

Bu Özel Şartlar'ın 9.3. maddesi kapsamında ÖBYG verilmeyecek sigortalılar için; kesintisiz devam eden poliçelerde sigorta ettirenin talebi ve sigortacının da uygun görmesi koşulu ile 65 yaş ve üzerindeki sigortalılar, 75 yaş bitimine kadar sigortalananabilir.

11.2. BAŞVURU İŞLEMLERİ VE SORUMLULUKLAR

Sigorta Ettiren; sigorta sözleşmesi yapılması amacıyla başvuruda bulunan personeline ve varsa bağımlılarına, Sigortacı tarafından iletilen Başvuru Formu, Bilgilendirme Metni, Katılım Sertifikası, Özel Şartlar, Protokoller ve diğer ilgili belgeleri, Sigortacı tarafından talep edilen süreler içinde ulaştırmakla yükümlüdür.

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.

Ayrıca Sigorta Ettiren; Sigortacı tarafından talep edilebilecek eksik bilgi ve/veya belgelerin, Başvuru Formu'nda yer alan beyan tarihi itibarıyla en geç 30 (otuz) gün içinde temin edilerek Sigortacı'ya gönderilmesini sağlamak, poliçeden çıkışı yapılacak sigortalılara ilişkin bildirimleri zamanında yapmak ve Sigortacı tarafından sigortalılara iletilmesi gereken bildirimler hakkında sigortalıları bilgilendirmekle sorumludur.

Sigorta Ettiren, sigortalılara ait iletişim bilgilerini Sigortacı'ya iletmek ve bu bilgilerde meydana gelen değişiklikleri gecikmeksizin Sigortacı'ya bildirmek, Sigorta Sözleşmesi'nden doğan diğer tüm yükümlülükleri yerine getirmekle yükümlüdür.

Bu yükümlülüklerin yerine getirilmemesi halinde Sigorta Ettiren, Sigortacı'yı doğabilecek her türlü talep ve zarardan beri kılmayı ve söz konusu talepleri karşılamayı peşinen kabul eder.

Sigortalı Adayı/Sigortalı; Başvuru Formu ve varsa ek belgelerde, kendisine ve aile bireylerine ilişkin yöneltilen tüm soruları eksiksiz, doğru ve gerçeğe uygun şekilde yanıtlamakla yükümlüdür.

Bu kapsamda Sigortalı Adayı/Sigortalı; mevcut veya geçmiş hastalık, rahatsızlık ve şikâyetlere ilişkin sağlık bilgilerini ayrıntılı olarak beyan etmek, beyana konu olan bilgi ve belgeleri (rapor, tetkik vb.) Başvuru Formu'na eklemekle sorumludur.

Ayrıca, risk değerlendirmesi sürecinde Sigortacı tarafından talep edilebilecek eksik bilgi ve belgeleri temin etmek, poliçe şartlarını etkileyebilecek diğer hususları (evlilik, boşanma nedeniyle eş çıkış bildirimi, iletişim bilgilerindeki değişiklikler vb.) ile sözleşme sürecine ilişkin önemli gelişmeleri Sigortacı'ya zamanında bildirmekle yükümlüdür.

Sigortacı, başvuru sürecinde gerekli dijital iletişimi, Sigorta Ettiren tarafından bildirilen sigortalı adayları ile kurar. Kâğıt ortamında yapılacak başvurulara ilişkin tüm evrak iletişimi ise Sigorta Ettiren tarafından sağlanır.

Başvuru sürecinin tamamlanmasını takiben, sigortaya kabul, Bilgilendirme Metni, Katılım Sertifikası, Özel Şartlar, Protokoller ve diğer ilgili belgeler ile bilgilendirme veya başvuru reddine ilişkin bildirimler, Sigorta Ettiren aracılığıyla sigortalılara iletilir.

Buna ek olarak Sigortacı, Katılım Sertifikası'nı dijital platformları üzerinden kişiye özel olarak sigortalıya ayrıca iletir.

Personel ile varsa eş ve çocukları adına düzenlenen Başvuru Formu, manuel veya dijital ortamda doldurulabilir. Doldurulan form, Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya iletilir.

Başvuru Formu'nun, doldurulduğu tarihten itibaren en geç 10 (on) iş günü içinde Sigortacı'ya teslim edilmesi zorunludur. Bu sürenin aşılması halinde, formun Sigortacı'ya teslim edildiği veya iletildiği tarih, başvuru tarihi (poliçe başlangıç/giriş tarihi) olarak esas alınır.

Sigortacı tarafından eksik bilgi ve belge bildirimi yapılan başvurular için, istenilen bilgi/belgelerin Başvuru Formu beyan tarihi itibarıyla 30 gün içinde tamamlanarak Sigortacı'ya 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.

11.3. BAŞVURU FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Başvuru Formu'nun 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 edinilen bilgileri esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceleme yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın 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. Sigortacı, sigortalının sağlık durumunun tespiti için doktor muayenesi ve ek tetkikler talep etmesi halinde, bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine ilgilili tedavi eden kişi ve kurumlardan, Merkezden, kamu kurum ve kuruluşlarından erişebildiği durumda Sigortacı tarafından; bu bilgilere erişim sağlanamadığı durumda sigortalı/sigorta ettiren tarafından karşılanır.

Poliçe, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü halinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer..

11.4. YÜRÜRLÜKTEKİ POLİÇEYE SİGORTALI GİRİŞİ

Yürürlükteki poliçeye ara dönem sigortalı giriş ve çıkışlar işe yeni giriş, evlilik, doğum, evlat edinme gibi poliçe dönemi içerisinde gerçekleşen zorunlu haller haricinde, yalnız poliçe başlangıç tarihi (poliçe yenileme dönemi) itibarıyla yapılacaktır.

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 süreler uygun şekilde yapılan başvurularda; çocuklar doğum tarihi veya evlat edinme tarihi, eş ise evlilik tarihi itibarıyla sigortalı olabilir.

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, Sigortacı'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 sigortalı olabilir.

Yürürlükte bulunan poliçeye yapılacak sigortalı girişleri, “Sigortalı Girişi” ile “Başvuru İşlemleri ve Sorumluluklar” maddeleri kapsamında değerlendirilir; bu girişlerde, yürürlükteki poliçenin özel şartları, protokolleri, teminatları ve prim tarifesini aynen geçerli olur.

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

11.5. ALLIANZ BEBEĞİ

Sigorta ettiren şirkette personel konumunda olan sigortalının, en az tam bir poliçe yılı sigortacının sigortalısı olması koşuluyla, doğan bebekler, doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde sigortacıya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilmeleri durumunda Allianz Bebeği olarak kabul edilirler.

Allianz Bebeği olarak kabul edilen bebeklerin poliçeye girişinde;

- “Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar” maddesinin 3. bendinde yer alan “İstisnai Durum” bölümünde belirtilen hastalıklar/rahatsızlıklar bebeğin poliçeye dahil olduğu tarih itibarı ile kapsam dahilindedir.
- “Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi” maddesi uygulanmaz.
- Hastalık ek primi uygulanabilir.
- Doğum tarihi ile başvuru tarihi arasında geçen sürede ortaya çıkan edinsel hastalıkları için istisna uygulanabilir.
- “Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar” maddesinin 4. bendinde yer alan “Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığına İlişkin Sağlık Giderleri” Allianz Bebeği olarak kabul edilen bebek olsa dahi kapsam dışındadır.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanımında standart kurallar uygulanır.

Doğum tarihlerinden itibaren sigortacıya bildirim yapılmayarak ilk 30 gün içerisinde poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler, Allianz Bebeği olarak kabul edilmezler ve bu bebeklerin sigortaya kabulünde; standart yeni giriş kuralları uygulanır.

Poliçenin/Sertifikanın iptal edilmiş olması veya Allianz Bebeği uygulaması olmayan ürünlere geçiş yapılması durumlarında Allianz Bebeği hakkı sona erer ve yeni poliçe taleplerinde bu hak verilmez.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortalının başka bir poliçede kazandığı hak ve yükümlülüklerinin Allianz Grup Sağlık sigortasında devamı, bu Özel Şartların koşulları çerçevesinde ve Şirketin kabulü hâlinde gerçekleşir.

Ürün geçiş değerlendirmesi yapılmaması 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 haklarıyla ilişkilendirilemez. Bu poliçe ve teminatlar, Allianz Sigorta Grup Sağlık Sigortası'nın başlangıcı, devamı veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilmeyecektir.

Bu ürünlerden Grup Sağlık Poliçesi'ne geçiş talepleri, Sigortacı tarafından yeni başvuru olarak kabul edilir ve işbu Özel Şartlar'ın 11 numaralı “Yeni Giriş İşlemleri” maddesi kapsamında değerlendirilir.

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.

12.1. ALLIANZ GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNE GEÇİŞ İŞLEMLERİ

Diğer Sigorta Şirketlerinde veya Allianz Bireysel/Karma Grup Sağlık Sigorta Poliçesinde sigortalı olan kişilerin, Allianz Grup Sağlık Sigortası'na geçiş talebinde bulunabilmeleri için;

- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvuruda bulunmaları,
- Önceki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl sigortalı olmaları,
- Önceki sağlık poliçesi ile aynı veya daha dar kapsamlı planı talep etmeleri,

şarttır. Ancak, Diğer Sigorta şirketindeki Sağlık Poliçesi'nden veya Allianz Sağlık Poliçesi olup Grup Sağlık Sigorta Poliçesine geçişlerde hak devri şartları protokoller ile farklılık gösterebilir.

Yukarıda yer verilen ve Sigorta Ettiren ile akdedilen protokollerde belirtilen koşulların sağlanmaması halinde, başvuru geçiş olarak değil, “bu özel şartların 11 numaralı “Yeni Giriş İşlemleri” maddesi kapsamında değerlendirilir.

Yukarıda yer verilen ve Sigorta Ettiren ile akdedilen protokollerde belirtilen koşulların koşullarının sağlanması halinde; Sigortacı; grup poliçesinin ve sigortalı adaylarının, diğer sigorta şirketlerinde

kazanılmış haklarının devamına, sigortalı adayının beyanları geçmiş sigortalılık bilgileri ve (Merkez) verileri, Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşulları ile adayın , kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığını, , bu özel şartlar ve grup protokolü kapsamında inceleyerek karar verir. Sigortacı, yukarıda detayları belirtilen bilgi ve belgeler ile Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda poliçe kapsamını değiştirme, hastalık istisnası veya hastalık ek primi uygulama, sigortalıyı poliçe kapsamına alma ya da başvuruyu reddetme hakkına sahiptir.

Geçiş işlemlerinde Yönetmeliğin 7. Maddesinin 5. Fıkrasında yer alan asgari şartları sağlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalının, geçiş başvurusunun ÖBYG taahhüdü içeren Allianz Grup Sağlık Sigortasına geçişinde;

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi devam eder, varsa diğer şirkette uygulanan hastalık istisnaları, hastalık ek primleri, şirketin tarifesine ve risk kabul politikalarına göre değişiklik gösterebilecek şekilde devam eder,

Geçiş işlemlerinde Ömür Boyu Yenileme Garanti taahhüdü içeren bir üründe olup Ömür Boyu Yenileme Garantisi olmayan sigortalının, geçiş başvurusunun ÖBYG taahhüdü içeren Allianz Grup Sağlık Sigortasına geçişinde;

- Geçmiş tam yılları sayılarak 3. yıl sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır. Geçiş tarihi öncesi tüm sağlık durumuna ilişkin medikal değerlendirme yapılarak şirketin tarifesine ve risk kabul politikalarına göre hastalık istisnası ya da hastalık ek primi uygulanabilir,

12.2. ALLIANZ BİREYSEL SAĞLIK POLİÇESİNE GEÇİŞ İŞLEMLERİ

Allianz Grup Sağlık Sigorta Poliçesinde sigortalı olan kişilerin, Allianz Bireysel Sağlık Sigortası'na geçiş talebinde bulunabilmeleri için;

- Sigorta Ettiren şirketten sigortalı çalışanın emeklilik, işten çıkarılma veya istifa nedenleriyle ayrılması sonucu poliçeden çıkış yapmış olması veya
- Sigorta Ettiren şirketin herhangi bir sigorta şirketinden sağlık sigortası yaptırmama kararı alması ya da
- Şirketin Grup Sağlık Sigortası kriterlerini sağlayamaması nedeniyle grup poliçesinin sona ermiş olması,
- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde başvuruda bulunulması,
- Önceki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl sigortalı olması,
- Önceki sağlık poliçesi ile muadil veya daha dar kapsamlı planın talep edilmesi,
- 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.

Bu koşulların sağlanmaması halinde veya bu Özel Şartlar'ın 9.3. maddesi kapsamında ÖBYG verilmeyecek sigortalılar için başvuru geçiş olarak değil, ilgili bireysel ürünün "Yeni Giriş İşlemleri" maddeleri kapsamında değerlendirilir.

Yukarıda yer alan geçiş şartlarının sağlanması halinde Allianz Grup Sağlık Poliçesi'nde ÖBYG hakkını elde ettiği tarihe kadar olan dönem için risk değerlendirmesi yapılarak Bireysel Sağlık Poliçesi geçişine karar verilmektedir. Bu inceleme sonucunda ÖBYG tarihi öncesi hastalık ve tanılar için bireysel poliçeye geçişte hastalık ek primi ve/veya hastalık istisnası ÖBYG hak ediş tarihi öncesi dönem için uygulanabilmektedir. ÖBYG hak ediş tarihi sonrası dönem için ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklardan ötürü hastalık istisnası ve hastalık ek primi uygulanmaz.

Ancak, 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 (ÖBYG hak ediş sonrası dönem dahil) kapsayacak şekilde yapılmakta ve inceleme sonucunda hastalık ek primi ve/veya hastalık istisnası uygulanabildiği gibi başvuru kabul de edilmeyebilmektedir.

Yukarıda yer alan geçiş şartlarının sağlandığı ancak henüz Allianz Grup Sağlık Poliçesi'nde ÖBYG hakkı 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.

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

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı'nın sigortalıya verdiği taahhütleri ve ürüne özel verilen haklar (Ömür Boyu Yenileme Garantisi, Allianz Bebeği hakkı ve 3 tam yıl sigortalılık sonrasında sunulan ek haklar gibi) son bulur.

13.1. SİGORTALI ÇIKIŞ

Sigorta Ettiren; personelin emeklilik, istifa, işten çıkarılma, şirket ile ilişkisinin kesilmesi veya vefat nedenleriyle grup kadrosundan ayrılması halinde, söz konusu personel ile varsa bağımlılarına (eş ve çocuklar) ait bilgileri, çıkış nedenleriyle birlikte derhal Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür.

Ayrıca; işten çıkış, boşanma nedeniyle bağımlı çıkışları ile personelin evlenen çocuklarına ilişkin poliçeden çıkış taleplerinin tamamı, ilgili değişiklik tarihleri belirtilerek Sigortacı'ya iletilmelidir.

Bu bildirimler doğrultusunda, ilgili Sigortalı'ya ait poliçe/katılım sertifikası, Sigortalı'nın Sigorta Ettiren ile ilişkisinin kesildiği tarih itibarıyla sona erdirilir.

Poliçe başlangıç tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında gerçekleşen

personel ve/veya bağımlı çıkışlarına ilişkin prim tutarları gün esasına göre hesaplanır.

İşten çıkış tarihinden sonra Sigortacı'ya iletilen poliçeden çıkış taleplerinde, daha önce Sigortacı'ya ihbar edilmiş ve gerçekleşmiş bir sağlık giderinin bulunması halinde, Sigortacı'nın ödenmiş sağlık giderlerini Sigorta Ettiren'den talep etme hakkı saklıdır.

Sigortalının poliçe geçerlilik süresi, sigorta ettiren tarafından farklı bir tarih belirtilmedikçe, şirketinden 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) teminatı sona erer.

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

Bu yükümlülükler uyulmaması halinde sigorta ettiren, Sigortacı'ya ortaya çıkabilecek tüm taleplerden beri kılmayı ve bu talepleri karşılamayı peşin olarak kabul eder.

13.2. PRİMLERİN ÖDENMEMESİ VEYA SİGORTA ETTİRENİN TALEBİ SONUCU İPTAL

Sigorta priminin tamamının veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa ilk taksitin, sözleşme yapılır yapılmaz ve poliçe/sertifikanın teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Primin tamamının ya da ilk taksitin ödenmemesi durumunda Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. 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. Sigortacı'nın, 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.

Sigorta ettiren 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. Bu 30 günlük süreyi aşan iptal taleplerinde tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim, gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

Sigorta ettiren 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, tazminat ödemesinin gerçekleştiği durumlarda,

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

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

13.3. SİGORTALININ SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

Sigortalılardan birinin vefat etmesi halinde "Sigortalı Çıkışı" maddesinde belirtilen kurallara uygulanır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset 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) teminatı sona erer.

13.4. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

i. Grup Özel Sağlık Sigortası poliçesinin, sigortacı veya diğer sigorta şirketleri de dahil olmak üzere hiçbir şekilde yenilenmemesi durumunda;

Sigortalının tedavi/yatış onayı verilen ve kesintisiz devam eden hastane yatışına ait sağlık giderleri, poliçe bitiş tarihine kadar onay verilen poliçe, teminat ve limit dahilinde takip edilir. Ancak poliçenin sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, bu tedaviler, poliçe sonlanmadan önce yatarak tedavinin başlamış, ön onayı alınmış ve poliçenin sonlandığı tarihte yatarak tedavinin devam ediyor olması kaydıyla sözleşme süresinin sona ermesini takip eden 10 gün boyunca ve bu süreyi aşmamak üzere yeni bir sağlık sigortası yapılabilecek kadar teminat limiti ve poliçe özel şartları dahilinde devam edecektir.

ii. Grup Özel Sağlık Sigortası poliçesinin sigortacıda yenilenmemesi ve diğer sigorta şirketlerinden birinde devam ettirilmesi halinde;

- Poliçe bitiş tarihinde öğlen saat 12:00 itibarıyla, sigortacının

tazminat ödeme yükümlülüğü sona erer.

- Grup Özel Sağlık Sigortası poliçesinin feshedilmesi durumunda, poliçe fesih tarihinde öğlen saat 12:00 itibarıyla sigortacının tazminat ödeme yükümlülüğü sona erer.
- Grup Özel Sağlık Sigortası poliçesi devam ederken, sigortalının yenileme döneminde veya zeyil ile poliçeden çıkışının yapılması durumunda sigortalının poliçesinin bitiş tarihinde öğlen saat 12:00 itibarıyla sigortacının tazminat yükümlülüğü sona erer.

14. EKLER

14.1. BİLGİ PAYLAŞIMI VE BİLGİ TEMİNİ

Sigortacı, Sigortacılık mevzuatı, Sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (Merkez), 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 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 paylaşılabilecektir.

14.2. BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ VE SORUMLULUĞUN YERİNE GETİRİLMEMESİ

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılık süresi içerisinde sağlık durumundaki bildiği ve bilmesi gereken tüm hususları ve değişiklikleri bu bilgilerin şirketin kayıtlarında olup olmamasından bağımsız olarak Sigortacı'ya doğru ve eksiksiz olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya Sigortalının Başvuru Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu veya bilmesi gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde "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.

Sigortacı'nın sigortalının mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı/sigortalılar lehine işlem kolaylığı sağlayan provizyon/e-provizyon aşamasında kabul etmiş olması, sigortalı/sigortalılar tarafından, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Sigortacı'nın Poliçe Özel ve Genel

Şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi, ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

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, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması ve sigortalı/sigorta ettirenin gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli ve yanlış sigorta uygulaması niteliğindeki hareketlerin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmiş olsa dahi poliçe/sertifikayı yenilememe 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. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN BİLGİLENDİRMELERİ

Sigortacı, Sigorta Ettiren ve Sigortalılar ile her türlü bilgilendirme ve iletişimde şirket kayıtlarında yer alan iletişim bilgilerini esas alır. Bu bilgilerin doğrulanamaması halinde, ilgili sigortalı poliçeye dahil edilemeyebilir. Poliçeye dahil edilmiş olan sigortalıların iletişim bilgilerinin doğrulanamaması durumunda ise anlaşmalı Sağlık kurumlarından provizyon alınarak doğrudan anlaşmalı kuruma ödeme yapma uygulaması gerçekleştirilemez. Bildirilen iletişim bilgilerinde değişiklik olması halinde Sigortacı’ya bildirim yapılması gerekmektedir. Aksi durumda Sigortacı, en son güncellenen iletişim bilgilerini dikkate alarak bildirim yapacaktır.

Bilgilendirme metni ve katılım sertifikasının iletilebilmesi, mevzuat kapsamında yapılması gereken zorunlu bilgilendirmelerin yapılabilmesi için Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait doğru ve güncel iletişim bilgilerinin Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından Sigortacı’ya iletilmesi zorunludur. Sigorta Ettiren, Sigortacı’nın bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüklerini, yerine getirebilmesi amacıyla her türlü kolaylığı sağlamakla yükümlüdür.

Ancak; Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin Sigortacı’ya hiç bildirilmemesi eksik veya hatalı bildirilmesi ya da güncel olmaması nedeniyle bu maddede belirtilen yükümlülüklerin yerine getirilememesi durumunda Sigortacı herhangi bir sorumluluk üstlenmez.

Sigortacı’ya iletilen iletişim bilgilerinin eksik, hatalı veya güncel olmamasından kaynaklanan her türlü idari otorite ve/veya üçüncü kişi taleplerinden sigorta ettiren/sigortalı sorumludur.

Sigortalı, Allianz’ım mobil uygulaması ve www.allianz.com.tr Online İşlemleri üzerinden bilgilendirme metinlerine ulaşabilir veya sigortalıya ait doğrulanmış iletişim bilgileri varsa bu iletişim adresi üzerinden bilgilendirme Sigortacı tarafından yapılabilir. Sözleşmenin yenilenmemesi durumunda sigortalıya bilgilendirmeyi sigorta ettiren yapar.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan personel ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı’ya iletilmiş olması zorunludur. Personelin/ aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi olan sigorta ettirene bildirim yapılır ve bilgilendirme, poliçedeki personel ve aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

14.4. RÜCU VE İSTİRDAT HAKKI

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları’na göre ödediği sağlık giderlerinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacı, sigortalı/sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına üçüncü kişilere veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/sigortalılardan talep edebilir.

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. Sigortacı’nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı’nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

14.5. EKONOMİK YAPTIRIMLAR

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.

14.6. EK FAYDALAR

14.6.1. HİZMETLER

Sigortacının, Check-Up, Diş Bakım Paketi, Diyetisyen ve Psikolojik Destek gibi sigortalıya sunduğu ve poliçede detayları belirtilen hizmetleri ifade etmektedir. Bu hizmetler, Teminat niteliğinde

olmayıp, verilen hizmet, içerik ve uygulama bakımından farklılık gösterebilecektir. Poliçede, “Hizmetler” başlığı altında yer alan hizmetler, ilgili poliçe dönemi boyunca geçerli olacaktır. Söz konusu hizmetler, ömür boyu yenileme garantisine tabi değildir. Sigortacı hizmetler tanımı ve süresinde değişiklik ve iptal hakkını saklı tutar.

Allianz Sigorta A.Ş.

Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah.
Kayışdağı Cad. No: 1 34750 Ataşehir/İstanbul
Tel: 0216 556 66 66 Faks: 0216 556 67 77

www.allianz.com.tr

Müşteri Hizmetleri: 0850 399 99 99



"Allianz'ım" Mobil Uygulamasını
hemen indirin!

