



Allianz Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları

(Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü içermektedir.)

İçindekiler

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

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta sözleşmesi uyarınca Allianz Sigorta A.Ş. (Bundan böyle “Sigortacı” olarak anılacaktır.) sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde,

- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında Sigortalının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,
- Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarları ve özel şartlarla sınırlı olmak koşuluyla SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedelleri

Poliçe zeyilname ve Sigortalı Katılım sertifikalarında belirtilen plan, teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, Türk Ticaret Kanunu, Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik) ve Özel Şartlara (Özel Şartlar) ve varsa protokol hükümlerine uygun olarak teminat altına alır

Bu sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup SGK müstahaklığını kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, SGK müstahaklığı aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

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

Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00’de başlar ve öğlen saat 12.00’de sona erer.

Bu Özel Şartlarda 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 ve poliçede ismi yer alan personel ve bağımlıları (sigorta ettirenin talep etmesi ve sigortalının kabul etmesi şartıyla tanımı ve şartları protokolde belirtilecek eş, çocuk ve diğer yakını) 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

Sözleşme 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 ispat edilebilen bekar çocuklarıdır.

Poliçe

Sigortalanan kişilere ait belirleyici bilgileri içeren sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin yazılı belgesidir.

Plan

Bir grup sağlık sigortası sözleşmesinde farklı teminat gruplarına göre oluşturulan teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigortalının ödeme yüzdesi veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgisidir.

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 dökümandır. “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 sigortalarında 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 ettirenin bir tüzel kişilik olduğu ve bu tüzel kişiliğe (SGK) ilişkisi ile bağlı olarak çalışan bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılabilen sağlık sigortası türüdür.

Katılım Sertifikası

Sigortacı ile sigorta ettiren arasında yapılan sigorta sözleşmesinin özeti niteliğinde bulunan, sigortalanan kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortanın başlangıç bitiş tarihlerini, teminat tablosu gibi hususları ilgili mevzuat uyarınca içeren, grup poliçesi kapsamında bulunan sigortalılara iletmek üzere oluşturulmuş yazılı belgedir. Sertifikanın bir örneği Allianz’ım mobil uygulamasında ve www.allianz.com.tr’de “Online İşlemler” adından 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

Poliçe’nin 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 ettiren/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 faydalanacak 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) Sigortacı’nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 98 inci maddesine dayanılarak hazırlanan ve Kanun’un 60 ıncı maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin,

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Katılım Payı (SGK Katılım Payı)

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

İlave Ücretler

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri, özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden SGK tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla SGK’ ya fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

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 muayenahaneleri, gibi kurumlardır.

a) TSS Anlaşmalı Sağlık Kurumu (TSS AK)

Sigortacı’nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları ile bu kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve Sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

b) TSS Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı (TSS Network)

TSS Network, Sigorta ettiren tarafından tercih edilen ve poliçe-de/sertikada 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 (TSS AHK)

Sigortalıların, poliçelerinde tercih etmiş oldukları Anlaşmalı kurum ağı (Network) dışında yer alan, SGK ile anlaşmalı olup Sigortacı ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarıdır.

Tazminat

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

a) Provizyon / E- Provizyon

Sigorta ettiren tercih etmiş olduğu Network’de yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavilerinin karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme, sigortalının sağlık

giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi 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

Sigortacı’nın 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 şartların “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.

Triyaj Uygulaması

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder. Trijaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil alan:

Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayakta tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan:

Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan:

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

Teminat

Sigortacının riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit

Polîçede 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 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

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

Katılım Payı

Polîçede 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

Polîçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Grup Sağlık Sigorta Polîçesi 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) Polîçe 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 polîçe ve zeyillerin toplam primidir.

Hastalık Ek Primi

Polîçe 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, polîçe kapsamına alınmasıdır.

Yeni iş Polîçe

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 Polîçe

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 Polîçe

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 polîçe bitiş tarihini takiben bir ay içinde yenilenmesini ifade eder.

Zeyilname

Polîçe 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.

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, polîçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak polîçede belirtilen Network, teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa polîçede tanımlı istisna/lar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

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

3.1. ANA TEMİNATLAR

3.1.1. YATARAK TEDAVİLER

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapılıncaya kadar uygulanan ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yapılan yatarak tedavileri (oda / yoğun bakım odası, refakatçinin (1 kişi ile sınırlıdır) yatak ve yemek giderleri dahil), kemo-terapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili giderler (doktor uygulama ücretleri dahil, doktor muayene ücretleri hariç), koroner anjiyografi, karaciğer, böbrek, beyin, mediastinoskopik akciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında günlüklik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir

3.2. İSTEĞE BAĞLI ANA TEMİNATLAR

Aşağıda yer alan teminatlar, sigorta ettirenin tercihine bağlı olarak polîçede yeralması durumunda geçerlidir

3.2.1. Ayakta Tedaviler

Sağlık kurumlarında yatış gerçekleşmeden sağlanan doktor tarafından fiziki olarak yapılacak muayene, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler, polîçede tercih edilmesi kaydıyla, polîçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Fiziki doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır.

Triyaj uygulamasında “Yeşil Alan” ve “Sarı Alan” kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2.2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, fiziki muayene sonrasında, fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda polîçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

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.

3.2.3. Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru

tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken sigortacı tarafından onaylanması ve polîçe yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar ve yurtiçinde uygulanmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Bu teminat, sigortalının tercih ettiği planda varsa polîçede belirtilir ve sadece anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir.

3.2.4. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili polîçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

SGK tarafından kapsam altına alınmış ve SUT bedeli üzerindeki suni uzuv giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak karşılanmaktadır.

3.2.5. Tıbbi Malzeme

Sigortalının polîçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında polîçede belirtilen “Tıbbi Malzeme” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

“Ayakta Tedavi” ve “Doğum” teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak polîçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı’nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

3.2.6. Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın sağlık kurumuna karayolu ile nakli için “Allianz Müşteri Hizmetleri” ni araması koşulu ile bu hizmetin verilebildiği 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 gerçekleştiği 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.

3.3. İSTEĞE BAĞLI EK TEMİNATLAR

3.3.1. Doğum Teminatı

Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve 4.2 nolu “Bekleme Süreleri ve Teminat Hakedişleri” maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bu teminatın ilk alındığı tarih dikkate alınır.

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen “Doğum” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Doğum Teminatı için bekleme süresini doldurup bu teminata hak kazanmış sigortalıların gebelikle ilgili periyodik fiziki olarak yapılacak doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), “Ayakta Tedavi” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri, bebeğin poliçeye dahil edilmesiyle beraber kendi poliçesi kapsamında ilgili diğer teminatlardan karşılanır.

4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ

4.1. TEDAVİLERDE UYGULANACAK BEKLEME SÜRESİ

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.

4.2. DOĞUM TEMİNATI BEKLEME SÜRESİ

“Doğum” teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Bu sürenin başlangıcı olarak bu teminatın ilk alındığı tarih dikkate alınır.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçe-ye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

Doğum Teminatı kapsamındaki tüm giderler, teminata ilişkin giderler bekleme süresi boyunca kapsam dışındadır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup Sigortalı tarafından karşılanır.

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. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, SGK müstehaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri ile 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,

2. “Sağlık Sigortası Genel Şartları”nda düzenlenmiş teminat dışı haller,

3. SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider,

4. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK’nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Kurumlarla yapılan protokol dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme; ilaç, mama, tatlandırıcı, genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcılı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,

5. Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç,

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

7. 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,
- Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon, kontrol giderleri,

8. Erken doğum (prematürite) ve düşük doğum ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,

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

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

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

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

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

14. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider.

15. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, kaplıca tedavileri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, ve PRP (platelet rich plasma - trombosit zengin plazma), PRF (platelet rich fibrin) , apiterapi, fitoterapi, sülük, kupa, hacamat, larva uygulama, müzikterapi, magnetoterapi, PERTH (pulsating energy resonance therapy) gibi her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,

16. 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 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,

17. Diş tedavileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik tedaviler,

18. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,

- Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri(check-up),
- Güncel ulusal-uluslararası tanı-tedavi kılavuzlarında yer almayan ve / veya endikasyon bulunmadan talep edilen tarama amaçlı tetkik ve tedavilere ait giderler, profilaktik cerrahiler,

- Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, koroner BT anjiyografi, koroner arter kalsiyum skorlama testi, kardiyak EBT (elektron beam tomografi) tetiklerine ait her türlü gider,
- Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
- Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,

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

20. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;

- 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,
- Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşılık ameliyatları, ortoptik tedaviler , gibi), keratokonus,
- Gözlük, lens giderleri

21. Ses ve konuşma terapileri,

22. Genital veya anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondolima akkürinata vb.) ve molluscum contagiosum muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,

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

24. Her türlü sünnet giderleri ve fimosiz tedavisi,

25. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,

- Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -anti müllerian hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
- Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
- 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. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, 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,

28. Obezite, aşırı zayıflık ve bunların komplikasyonları ile ilgili muayene, tetkik, 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,

29. Bruksizm (diş sıkma ve gıcırdatma) hastalığıyla ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

30. Sağlık hizmeti ile ilgili olmayan (telefon, ulaşım, konaklama, ilaç gümrük bedelleri gibi) her türlü gider,

31. Sağlık kurumu tanımına uyan veya uymayan her türlü merkezlerde özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi) giderleri,

32. 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,

33. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),

34. Poliçede yer almayan, tercih edilmeyen, hak kazanılmamış, teminatlar (Ayakta Tedavi Teminatı gibi) ürün yapısında bulunmayan teminatlar (Diş, Gözlük/Lens Teminatı gibi) ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık gideri ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

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

36. Sigortalıya uygulandığı tarihte bir tanının, tedavinin;

- Klinik Çalışmalarının devam etmesi: Tedavi hakkında yeterli sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışma yayınlanmayan ve tedavinin gereklilik, etkinlik ve güvenilirliği kanıtlanmayan,
- Tıbbi Otorite Onayı Bulunmaması: Yerli veya yabancı otoriteler (örneğin, uzmanlık dernekleri, FDA, EMA, NCCN, Türkiye'deki tıp fakülteleri) tarafından onaylanmamış olan,
- 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,
- Sağlık Bakanlığı Onayı Bulunmaması: Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmayan veya ilgili sağlık kurumlarında yapılmasına izin verilmeyen tanı ve tedavilere ilişkin giderler,

37. Allianz'ın kurumsal internet sitesinde "Online İşlemler" adımı altında bulunan "Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi"nde yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider,

38. Sigortalının vefatı halinde morg ve cenaze masrafları ile ilgili giderler,

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

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

41. 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 teminatlar

42. Bu özel şartın yürürlük tarihi itibarıyla geçerli sağlık referans tarifelerine (01.01.2026 tarihinde yürürlükte olacak TTB (HUV) veya SUT tarifeleri esas alınacaktır) henüz girmemiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmamış, ancak gelecekte tıbbi gelişmeler doğrultusunda kapsama alınabilecek tedaviler, poliçe kapsamında değildir.

6. COĞRAFI KAPSAM

Poliçe kapsamındaki teminatlar sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları (yurt içi) içerisinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir. KKTC yurtdışı olarak değerlendirilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. LİMİT VE KATILIM PAYI UYGULAMASI

Poliçe üzerinde belirtilen limitler ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup bu oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları hiçbir şekilde karşılanmaz.

Kalan limit, poliçe üzerinde belirtilen brüt limitten (limit), sigortalı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan katılım payı tutarlarının düşülmesi ile hesaplanır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

7.2. TSS ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI VE NETWORK

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Şirketimizin 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 "Hizmetler" kapsamında sunulan Diyetisten ve Psikolog destek hizmetlerine ilişkin anlaşmalı diyetisyen ve psikologlar, "Allianz'ım" Mobil uygulaması üzerinden düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı yayınlanmaktadır.

Sigortalı ile "Anlaşmalı Sağlık Kurumları" arasında akdedilmiş olan sözleşmelerde veya tercih edilen Networkte yer almayan anlaşmalı sağlık kurumları ve/veya anlaşma harici kurumlara yönelik teminat, katılım payı gibi uygulamalarda 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. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortalı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında 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 Sigortalı 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 Sigortalı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Sigortalı tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumların hizmetlerinden 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 Allianzın sorumluluğuna gidilemez.

7.3. SAĞLIK KURUMLARI BAZINDA SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti, teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- SGK ile anlaşmalı olan ancak Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında veya doktorlarda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, poliçede/sertifkade yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Ancak, Ayakta Tedaviler, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Doğum teminatları için Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Allianz ile anlaşması olmayan doktorlarda gerçekleşen sağlık giderleri teminat kapsamı dışındadır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri'nde gerçekleşen sağlık giderleri; her bir işlem SUT ile sınırlı olmak kaydıyla poliçede belirtilen Anlaşma Harici Sağlık Kurumu limiti, poliçede/sertifkade yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olmayan ancak Allianz'ın Tamamlayıcı Sağlık ürününe özel anlaşma yaptığı daha geniş networklerde yer alan diğer anlaşmalı kurumlarda, poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti, poliçede/sertifkade yer alan teminat açıklamaları ile www.allianz.com.tr web sitesi ve Allianz'ım mobil uygulamasında yer alan ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır. Poliçede tercih edilmiş olan Network dahilinde olmayan ve www.allianz.com.tr web sitesi ve Allianz'ım mobil uygulamasında yer alan kurum bilgilendirmelerinde tercih edilen network için geçersiz

olarak belirtilen kurumlar; Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, poliçede/sertifkade yer alan teminat açıklamaları ile "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Tercih edilen network kapsamında yer almayıp, daha geniş networklerde yer alan "Anlaşmalı Kurumlar"da uygulanan katılım payları, ilgili poliçe dönemi boyunca geçerli olacaktır.

- Anlaşma harici kurumlarda yapılan tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri; GSS geçerli bir kurumda, GSS hekimi tarafından GSS kullanılarak yapılan muayene sonrası tıbbi malzeme ve suni uzuv reçetelendirilir veya raporlanır ise ilgili teminat kapsamında, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Sağlık Kurumu limiti, teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" kapsamında karşılanır.
- 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.
- SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde/branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- Poliçede belirtilen "Hizmetler" yalnızca bu Hizmetler'e özel olarak belirlenen Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda (Network) geçerlidir.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

i.TSS Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı'nda (TSS Network);

Sigortalının poliçe teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş TSS network'ü dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, sigortalıdan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortalı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

Sigortalı başvuruda bulunduğu anlaşmalı sağlık kurumuna sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür.'

ii.Anlaşma Harici Sağlık Kurumları'nda (TSS AHK);

Poliçede belirtilen TSS Network'ü dışında gerçekleşen sağlık hizmetlerine ait faturalar;

1) SGK ile anlaşmalı herhangi bir hastanede gerçekleşmiş ve GSS kapsamında onaylanmış Ayakta Tedaviler, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Doğum teminatları kapsamındaki işlemlere ait fark faturaları, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum limiti ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır. Ancak, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Allianz ile anlaşması olmayan doktorlarda gerçekleşen sağlık giderleri hiçbir şekilde karşılanmaz.

2) Kamu Hastaneleri ve Devlet Hastaneleri fark faturaları her bir

işlem SUT tutarı kadar sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

3) SGK ile anlaşmalı herhangi bir hastanede gerçekleşmiş ve GSS kapsamında onaylanmış Yatarak Tedavilere ait fark faturaları her bir işlem SUT tutarı kadarı sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

4) Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri hiçbir şekilde karşılanmaz. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir. Ancak, Genel Sağlık Sigortası'nda "İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri" değiştiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişecektir.

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri,

8.2. SAĞLIK GİDERLERİNİN BELGELENDİRİLMESİ

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

i. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sigortalının tazminatı için poliçede/sertifika belirtilen Network kapsamındaki anlaşmalı TSS kurumunun öncelikle GSS kapsamında provizyon alması,
- 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.

ii. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu) ekinde talep etmesi gerekmektedir.
- Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, "Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler" maddesinin "TSS AHK" bendi kapsamında değerlendirilir. 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;

- GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı dökümü, (örnek: e-devlet, tedavi bilgileri sorgulama dökümü). Tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir. Ancak GSS kapsamında hizmet alımı sonrası yazılan tıbbi malzeme reçetesi zorunludur.
- Fatura veya faturanın alınamadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
- 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, savalık 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.

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 yapılmaması 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 tamamlayıcı sağlık sigortası özel şartlarında, geçerli anlaşmalı kurum ağı, prim tarifesinde ve sigorta ettiren ile mutabık kalınması durumunda teminat yapısında (teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri gibi) değişiklik yapabilir.
- Yenileme döneminde Sigortacı ile Sigorta Ettirenin mutabık kalması durumunda yeni bir sözleşme ve protokol

düzenlenerek poliçe veya protokol şartlarında değişiklik yapılabilir.

- Sigortacı poliçe şartlarında değişiklik olmasa da sigortalılara tıbbi risk değerlendirmesi yaparak hastalık istisnası veya hastalık ek primi uygulayabilir.
- Yenileme döneminde yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.
- Poliçe vadesi içerisinde teminat ve/veya ek protokol ile ilgili değişiklik yapılmamaktadır.
- SGK tarafından Genel Sağlık Sigortası kapsamında yapılacak kapsam ve uygulama değişikliği durumunda, Sigortacı'nın özel şartlarda ve primlerde düzenleme yapma hakkı saklıdır.
- 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 Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) 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 Tamamlayıcı 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 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında sigortalı olması halinde, 3 tam yılın sonunda, Allianz Bireysel Tamamlayıcı 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 uygulanmaz.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi bulunan yenileme poliçelerinde ödenen tazminatların sözleşme primine oranına bağlı ek prim uygulanmaz.
- Sigortacı tarafından, Sigortalının ÖBYG kazandığı tarih öncesinde ortaya çıkmış, ancak Sigortacı'ya bildirilmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı tarafından yenileme koşulları tekrar değerlendirilerek hastalık ek primi ve/veya istisna uygulanabilir veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı iptal edilebilir veya poliçeden cayma/fesih hakkı kullanılabilir.
- Sigortalının/Sigorta Ettirenin poliçe süresi içerisinde ya da yenileme döneminde kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunduğu 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 Sigortalı'ya aittir. Bu hakkı grup sağlık poliçesinde kazanan Sigortalı/lar Tamamlayıcı Sağlık Sigorta Bilgilendirme/ Katılım Sertifikası'nda 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 Tamamlayıcı 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 VERİLMEYECEK 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 kabulü olması durumunda mutabık kalınan farklı bir plan ile poliçeye dahil edilebilir. Bu planda olan sigortalılara, ÖBYG ve Bireysel Sağlık Poliçeleri'ne geçiş hakkı verilmemektedir. Bireysel poliçeye başvurular Bireysel Sağlık Sigortası ürünü özel şartları kapsamında yeniden değerlendirilebilecektir.

10. PRİM TESPİTİ

10.1. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Sigortacı, TSS 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,) 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.

- 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 taksidi ödenmez ise sigortacının 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 hastalık başına %200'ü geçemez.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1. SİGORTALI GİRİŞİ

Sigorta Ettiren grup poliçesinde sigortalanacak 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 / edecek kişiler sigortaya kabul edilirler.

Sigorta poliçesi GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstahaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur. Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde bu poliçe Özel Şartları'nda yazılı kazanılmış haklar için Şirketimizin taahhütleri son bulur.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen ve sigortalanmak 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, Sözleşme'de belirtilen prim dahilinde çocuk statüsünde sigorta kapsamına alınır.

Personelin kendisi sigortalanmadan 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 Sigortacı'nın da uygun görmesi koşulu ile 65 yaş ve üzerindeki Sigortalılar, 75 yaş bitimine kadar sözleşmede belirtilen prim ile sigortalanabilir

11.2. BAŞVURU İŞLEMLERİ VE SORUMLULUKLAR

Sigorta Ettiren; sigorta sözleşmesi yapılması amacıyla başvuruda bulunan personeline ve varsa bağımlılarına, Sigortacı tarafından iletilen Başvuru Formu, 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 sigortacıya iletilmemesi halinde Sigortacı, başvuruyu reddetme ve yeni tarihli Başvuru Formu ile başvuru yapılmasını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı adayının Başvuru Formu doldurulduğu tarihten önceki bir tarihe ait poliçe giriş talepleri kabul edilmeyecektir.

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, Sigortalı'nın 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 ilgiliyi tedavi eden kişi ve kurumlardan, Merkezden, kamu kurum ve kuruluşlarından erişebildiği durumda Sigortacı tarafından; bu bilgilere erişim sağlanamadığı durumda sigortalı/sigorta ettiren tarafından karşılanır.

Police, Sigortacının başvuru kabulü halinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

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

Police 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 sigortalanabilir.

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

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

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortalının başka bir poliçede kazandığı hak ve yükümlülüklerinin Allianz Sigorta Grup Tamamlayıcı 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 Bireysel veya Grup 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 Sigorta Grup Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamındaki sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bu poliçe ve teminatlar, Allianz Sigorta Grup Tamamlayıcı 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 TAMAMLAYICI SAĞLIK POLİÇESİNE GEÇİŞ İŞLEMLERİ

Diğer Sigorta Şirketlerinde veya Allianz Bireysel/Grup Sağlık Sigorta Poliçesinde sigortalı olan kişilerin, Allianz Grup Tamamlayıcı 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 Grup/Bireysel Sağlık Poliçesi'nden, Grup Tamamlayıcı Sağlık Poliçeleri'ne 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 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 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda poliçe kapsamını değiştirme, hastalık istisnası veya hastalık ek primi uygulama, sigortalıyı poliçe kapsamına alma ya da başvuru 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 Tamamlayıcı 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 Tamamlayıcı 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 Tamamlayıcı 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 Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi'nde ÖBYG hakkını elde ettiği tarihe kadar olan dönem için risk değerlendirmesi yapılarak bireysel sağlık poliçesi geçişine karar verilmektedir. Bu inceleme sonucunda 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.

Yukarda yer alan geçiş şartlarının sağlandığı ancak henüz Allianz Grup Tamamlayıcı 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 bu ürüne özel verilen haklar (Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı gibi uygulamalar) son bulur.

13.1. SİGORTALI ÇIKIŞ

Sigorta Ettiren; personelin emeklilik, istifa, işten çıkarılma, şirket ile işiğinin 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 işiğinin 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, şirketinden ayrıldığı tarih itibarı 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 ilişğin kesildiği tarih itibarıyla poliçe kapsamından çıkarılır.

Bu yükümlülöklere uyulmaması halinde sigorta ettiren, Sigortacı'yı 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 tamamı, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa ilk taksit (peşinat) poliçe akdedildiği anda ve en geç poliçenin teslimi sırasında ödenmelidir. Prim veya peşinatın ödenmesi halinde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. Türk Ticaret Kanunu ("TTK")1434. maddeye göre TTK 1431.maddeye uygun olarak istenilen sigorta primini ödemeyen sigorta ettiren mütemerrit olur. Prim ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. Madde hükümleri uygulanır.

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, sigortacının hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

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

13.3. SİGORTALININ SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

Sigortalılardan birinin vefat etmesi halinde "Sigortalı Çıkışı" maddesinde belirtilen kurallar 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 eş ve çocuklarının da (sigorta kapsamına dahil edilmiş ise) teminatı sona erer.

13.4. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

i. Grup Özel Sağlık Sigortası Poliçesi'nin, 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 ve teminat dahilinde takip edilir. Ancak sigortanın 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 yapıłana kadar teminat limiti ve poliçe özel şartları dahilinde devam edecektir.

ii. Grup Özel Sağlık Sigorta Poliçesi'nin sigortacıda yenilenmemesi ve diğer sigorta şirketleri'nden birinde devam ettirilmesi halinde,

- Poliçe bitiş tarihinde öğlen saat 12:00 itibarıyla, sigortacının tazminat yükümlülüğü sona erer
- Grup Özel Sağlık Sigortası Poliçesi'nin feshedilmesi durumunda, poliçe fesih tarihinde öğlen saat 12:00 itibarıyla sigortacının tazminat yükümlülüğü sona erer.
- Grup Özel Sağlık Sigortası Poliçesi devam ederken, sigortalının yenileme döneminde veya zeyil ile poliçe'den çıkışının yapılması durumunda; sigortalının poliçesinin bitiş tarihi 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, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (Merkez), Türkiye Sigorta Birliğı (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliğı), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum

ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımda 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 bildiğı ve bilmesi gereken tüm husurları 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 halde veya bilmesi gerektiği 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 teminat kapsamında 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 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 ile mevzuat kapsamında yapılması gereken zorunlu bilgilendirmelerin yapılabilmesi için Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait doğru ve güncel iletişim bilgilerinin Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı tarafından Sigortacı'ya iletilmesi zorunludur. Sigorta Ettiren, Sigortacı'nın bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlölüklerini gereğı gibi 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 yükümlölüklerin 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 Şartlar'a göre ödediğı sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması

durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

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

Sigortalı/sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen sağlık kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacının anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sarı 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. Hizmetler

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 tanımını 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!

