

İÇİNDEKİLER

A - DİJİTAL DOKTORUM SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	1
1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	1
2. TANIMLAR	1
3. TEMİNATLAR	3
3.1 ACİL DURUMLAR TEMİNATI	3
3.1.1 Ameliyat	4
3.1.2 Ameliyatsız Tedavi	4
3.1.3 Küçük Cerrahi	4
3.1.4 Tıbbi Gözlem Tedavi	4
3.1.5 Ambulans	4
3.2 Uzaktan Sağlık ve Destek Hizmetleri	5
3.2.1 Dr. Allianz Sağlık Danışmanlığı	5
3.2.2 Muayene ve Destek Hizmetleri	5
3.2.2.1 Doktor Görüşme	5
3.2.2.2 Sağlığa Destek Hizmetleri	5
4. BEKLEME SÜRELERİ	5
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	5
6. COĞRAFİ KAPSAM	6
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	7
7.1 Limit Uygulaması	7
7.2 Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	7
7.3 Kalan Limit Hesaplaması	7
7.4 Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	7
7.5 Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	9
8. TAZMİNAT ÖDEMESİ	8
8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	8
8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	8
9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	9
9.1 Poliçenin Yenilenmesi	9
9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi	9
10. PRİM TESPİTİ	9
10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler	9
10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler	9
10.2.1 Hasarsızlık İndirimi	9
10.2.2 Diğer İndirimler	9
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	9
11.1 Sigortalı Girişi	9
11.2 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)	10
12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	10
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	10
13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal	10
13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	10
14. EKLER	11
14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	11
14.2 Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	11
14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	11
14.4 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	11
14.5 Rücu ve İstirdat Hakkı	11
14.6 Ekonomik Yaptırımlar	12
B - SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI	13

DİJİTAL DOKTORUM SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

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

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

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

2. TANIMLAR

Sigortacı

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

Sigortalı

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

Sigorta Ettiren

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

Poliçe

Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evraktır. Poliçenin bir örneği Allianz'ım mobil uygulamasında ve www.allianz.com.tr Online İşlemler adımıyla sigortalının kişisel sayfasında görüntülenebilmektedir.

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigorta şirketinin ödeme yüzdesini veya sigor-

talı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

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

Özel Şartlar

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

Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar")

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

Allianz Müşteri Hizmetleri

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

Hastalık

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

Rahatsızlık

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

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

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

Sağlık Hizmet Tarifesi

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

Sağlık Kurumu

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

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu ("AK")

Allianz Sigorta'nın sözleşme yapmış olduğu sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan ve Allianz sözleşme şartlarını kabul eden doktorları ifade eder.

Allianz Sigorta'nın Alliaz'ım" mobil uygulaması üzerinden sunduğu, uzaktan sağlık hizmet sunumu kapsamında sözleşme yapmış olduğu sağlık kurumları, doktor muayenehaneleri bünyesinde yer alan doktor ve uzmanlar (psikolog, diyetisyen gibi) da bu kapsamdadır.

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network")

Network, poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

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

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ("AHK")

Sigorta ettirenin, poliçede belirtilen Network dışında yer alan veya Allianz ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarıdır.

Poliçede belirtilen Network'te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı tarafından resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar da "Anlaşma Harici Sağlık Kurumu" olarak değerlendirilir.

Tazminat

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

a) Provizyon / E- Provizyon

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

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

b) Tahakkuk

Sigortacının gelen tazminat talebini, önceden pro-

vizyon/e-provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, poliçe teminat ve limitleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirilerek, 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 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.

Teminat

Sigortacının, riskin gerçekleşmesi halinde sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit

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

Ödeme Yüzdesi

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

Katılım Payı

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

Prim

a) Sağlık Tarife Primi

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

b) Toplam Prim

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

Yeni İş Poliçe

Sigorta ettirenin Dijital Sağlık Sigortası ürününde sigortalı adına sigortacı ile sözleşme akdettiği ve sigortalının kesintisiz olarak yer aldığı sağlık poliçelerinden ilkidir.

Yenileme Poliçe

Sigortalının Dijital Sağlık Sigortası ürününde sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla bir yıl daha teminat altına alınmasıdır.

Zeyilname

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

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Allianz'da aralıksız devam eden Dijital Doktorum sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş poliçesine ilk giriş tarihidir.

Uzaktan Sağlık Hizmeti

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

Uzaktan Sağlık Bilgi Sistemi

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

Yanlış Sigorta Uygulaması

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

3. TEMİNATLAR

3.1 ACİL DURUMLAR TEMİNATI

Sigortalının, aşağıda detayları verilen durumlarda ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yatarak veya gününbirlik yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anestezi uzmanı gibi), ameliyathane, standart oda (tek kişilik), yoğun bakım, yemek, refakatçi (1 kişi), yatış sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve tetkiklere (tahlil, röntgen vb.) ilişkin sağlık giderleri,

“Acil Durumlar Teminatı” kapsamında poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

- Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum:** Kişinin bilinç durumunda bozulmaya yol açabilecek bayılma, kalp travması vb. durumlar
- MI:** Geçirilmekte olan kalp krizi
- Zehirlenmeler:** Olay anında yaşamsal fonksiyonları bozmuş olan maddelerin ağızdan alınması, kimyasal maddelerin cilde teması ya da zehirli gazların solunması
- Trafik Kazası ve Yüksekten Düşme:** Omurga yaralanmaları ve kanamalı kırıkların olduğu akut durumlar. O an için hastanın durumunu etkilemese bile iç kanamaya yol açabilecek ciddiyette göğüs, karın ya da kafa travmaları. Vücutta büyük kanamaya yol açan; kaza sonucu oluşan kesici, delici yaralanmalar (Tüm adli evraklar tamamlandıktan sonra sonradan ödeme süreciyle yönetilmesi gerekmektedir)
- Ani Felçler:** Beyin kanaması, omurga yaralanması vb. nedenlerle kişinin uzuvlarının ya da tüm vücudunun hareket kabiliyetini ya da hissetme kabiliyetini yitirmesi
- Akut Solunum Problemleri:** Ciddi solunum yetersizliğine yol açabilecek suda boğulma, yabancı cisim yutma, solunum yolu yanıkları
- Yüksek Ateş:** Zehirlenme, infeksiyon hastalıkları, sıcak çarpması vb. nedenlerle vücut ısısının konvazyona (havale) ya da kalp ritim bozukluklarına yol açabilecek derecede yükselmesi (39,5° C üzeridir)
- Anafilaktik Tablolar:** Ani gelişen kalp ritminde bozulma, solunum yollarında tıkanmaya yol açabilecek ciddiyette alerji ya da tansiyon düşmesi durumları
- Akut Batın:** Mide, bağırsak gibi içi boş organların delinmesi, bağırsak tıkanması ya da düğümlenmesi, safra yollarının taş veya iltihap nedeniyle tıkanması, apandisit, pankreatit gibi ciddi organ iltihaplanmaları, bağırsak ya da periton arterlerinde tıkanma vb. gibi acil cerrahi müdahale gerektiren, karın içi organlarla ilgili hastalıkların ortaya çıkması
- Ciddi İş Kazaları, Uzun Kopması:** 4. maddedeki durumlara ek olarak yapılan işe has acil durumlar. Örn: Zehirli gazların solunması, kimyasal maddelerin içilmesi ya da kişinin üzerine dökülmesi, parmak, el, ayak, kol veya bacağın kısmen ya da tamamen kopması
- Menenjit, Ensefalit, Beyin Absesi:** Sinir sistemi fonksiyonları dolayısıyla da yaşamsal fonksiyonları etkileyebilecek bilinç durumunda değişikliklere yol açabilecek beyin ve beyni çevreleyen zarla ilgili iltihabi, infektif hastalıklar
- Elektrik Çarpması:** Yanık, organ hasarı yapabi-

lecek ya da kalp ritmini bozabilecek derecede ciddi elektrik çarpmaları

13. **Ciddi Göz Yaralanmaları:** Gözde hasara yol açabilecek ciddiyette kesici, delici alet yaralanması, kunt travma ya da kimyasal madde teması
14. **Darbeye Bağlı İç Organ Zedelenmesi:** Kendisinin olayın hazırlayıcı ya da tarafı olmadığı, kaznen maruz kalınan durumlarda geçerli olmak üzere kurşunlanma, bıçaklanma, kavga gibi nedenlerle; organ zedelenmesine hayatı tehdit edecek derecede kanamayı veya ilerleyen saatlerde hayatı tehdit edecek derecede genel durum bozulmasına yol açabilecek; kesici delici alet yaralanmaları, kunt travmalar, yanıkların olduğu durumlar
15. **Suda Boğulma:** Solunum ya da kalp durması durumları veya hastanın genel durumda boğulmaya yol açacak derecede akciğerlere su girişinin olduğu durumlar
16. **Donma, Soğuk Çarpması:** Hayati fonksiyonları etkileyecek şoka götürebilecek, uzuvlarda kangren yapabilecek derecede soğuğa maruz kalınması
17. **Isı Çarpması:** Kalp ritmini, tansiyonu ya da bilinç durumunu etkileyecek derecede güneş etkisinde ya da sıcak ortamda kalma durumları
18. **Ciddi Yanıklar:** Büyük sıvı kaybına, organ kaybına ya da cilt hasarına yol açabilecek genişlikte ateş, kimyasal madde, elektrik vb. yanıkları. Solunum yollarında daralmaya yol açabilecek derecede duman ya da sıcak hava solunmuş olması
19. **Akut Masif Kanamalar:** Genellikle travma sonucu ortaya çıkan, hayatı tehdit edecek boyutlarda iç veya dış kanamalar
20. **Omurga ve Alt Ekstremitte Kırıkları:** Deri bütünlüğü bozulmuş veya arter kesisi ile birlikte olan bacak kırıkları ve her türlü omurga kırıkları

3.1.1 Ameliyat

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

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

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), "Sağlık Hizmet Tarife"sine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı

kalan işlem için "Sağlık Hizmet Tarife"sine göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.2 Ameliyatsız Tedavi

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

3.1.3 Küçük Cerrahi

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

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

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

3.1.4 Tıbbi Gözlem Tedavi

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

3.1.5 Ambulans

Sigortalı, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya olayın gerçekleştiği il sınırları içerisinde en yakın sağlık kurumuna nakli için "Allianz Müşteri Hizmetleri"ni araması koşulu ile bu

hizmetin verilebildiği bölgelerde "Ambulans Teminatı" teminatından yararlanır.

Uluslararası ve şehirlerarası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

3.2 Uzaktan Sağlık ve Destek Hizmetleri

Sigortalılar poliçede belirtilen teminat kapsamı, limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Uzaktan Sağlık ve Destek hizmetlerinden "Allianz'ım" mobil uygulaması üzerinden sesli, yazılı ve görüntülü olarak faydalanabileceklerdir.

3.2.1 Dr. Allianz Sağlık Danışmanlığı

Deneyimli doktor ve hemşirelerden oluşan kadrosu ile 7/24 hizmet veren sağlık danışma hattıdır. Bu danışmanlık kapsamında e-reçete ve e-rapor düzenlenmemektedir.

3.2.2 Muayene ve Destek Hizmetleri

3.2.2.1 Doktor Görüşme

Uzaktan sağlık hizmeti kapsamında, uzaktan sağlık hizmetinin elverdiği ölçüde muayene, tıbbi gözlem, izlem ve takibi ile değerlendirmesi yapılabilir, teşhis edilmiş hastalıklar kontrol edilebilir, tıbbi danışmanlık verilebilir, konsültasyon veya ikincil görüş alınabilir. Uzaktan sağlık hizmeti alımında, gerekli durumlarda, hizmeti veren kişi, sigortalıyı bir sağlık kuruluşuna fiziken başvurmak üzere yönlendirebilir. Doktor tarafından değerlendirilen kişiye, e-reçete ve e-rapor yazılabilir.

Poliçede belirtilen teminat limiti dahilinde; Allianz'ın bu ürüne özel anlaşmalı branşlarında, doktorlar tarafından verilen uzaktan muayene hizmetlerini kapsamaktadır. Poliçe kapsamındaki branşlar, Allianz'ın kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde ve Allianz'ım mobil uygulamasında düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

3.2.2.2 Sağlığa Destek Hizmetleri

Psikolog ve Diyetisyenlerden destek hizmeti alınan danışma hattıdır. Poliçede belirtilen teminat limiti dahilinde; Allianz'ın bu ürüne özel anlaşmalı uzmanları tarafından verilen danışmanlık hizmetini kapsamaktadır.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Acil Durumlar Teminatı kapsamında kaza durumları hariç olmak üzere, tüm işlemler ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 30 gün sonra kapsama alınır.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar poliçe teminat kapsamı dışında olup sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca sigortacı, teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

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

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

6. COĞRAFİ KAPSAM

Poliçe yer alan teminatlar Türkiye ve KKTC'de geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1 Limit Uygulaması

Anlaşmalı Sağlık Kurumu ve Anlaşmasız Sağlık Kurumu olmak üzere iki kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı buldukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

Ana veya alt teminatlar Yurtiçi Anlaşmalı Sağlık Kurumları (AK) için limitli ise bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları (AHK) için ortak limit olup gerçekleşen tazminat ödemeleri toplamı ilgili teminatın brüt AK limitinden düşülerek kullanılır.

7.2 Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması

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

7.3 Kalan Limit Hesaplaması

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

7.4 Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Network'ler Allianz'ın kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde ve "Allianz'ım" mobil uygulamasında düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Uzaktan Sunulan hizmetlere ilişkin anlaşmalı branş doktor ve uzmanları "Allianz'ım" mobil uygulaması üzerinden düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdaki provizyon alınmalıdır. Belirtilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdesi dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır.

Uzaktan sunulan hizmetleri için, "Allianz'ım" mobil uygulaması üzerinden randevu alınmalıdır. Yine uygulama üzerinden yapılacak görüşmelerin giderleri teminat limitleri ve ödeme yüzdesi dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır.

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

7.5 Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

- Dr Allianz Sağlık Danışmanlığı, Doktor Görüşme ve Sağlığa Destek Hizmet teminatları sadece Anlaşmalı Kurumlar'da poliçede belirtilen "Anlaşmalı Kurum Teminat Limiti" poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır. Görüşmeler, "Allianz'ım" mobil uygulaması üzerinden yapılır.
- Poliçede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede belirtilen Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda "Anlaşmasız Doktorlar" tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşma Harici Kurum Teminat Limiti" poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nın kadrosunda Sağlık Bakanlığı tarafından resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "An-

laşma Harici Kurum Teminat Limiti" poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşmalı Kurum Teminat Limiti" poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen "Anlaşma Harici Kurum Teminat Limiti" poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

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

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının poliçe, teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda sigortacıdan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortacı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

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

Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra "Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi" bölümünde açıklanan evraklar ile sigortacıya başvurularak talep edilmesi durumunda masraflar, sonradan ödeme sürecinde değerlendirilerek sigortacı tarafından karşılanır.

8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

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

1. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren "özel sağlık sigortaları hasta bilgi formu"nun doldurulması,
- Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

2. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini Allianz'ım mobil uygulaması, Allianz'ın kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde Online İşlemler üzerinden ya da posta yoluyla talep etmesi gerekmektedir. Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, anlaşma harici sağlık kurumları için geçerli olan teminat limitleri ve ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortacı tarafından tazmin edilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.

Sağlık gideri için başvururken gerekli evraklar:

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

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 Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi aşağıdaki koşullarla yenilenir.

- Sigortacının yenilemeye ilişkin poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkı saklıdır.
- Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortacının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ile yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.
- Sigortacının otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde kriterler değiştirilmeden yenilenir. Ancak sigortalının poliçesindeki kriterleri yenileme döneminde geçerli değilse, sigortacının değerlendirmesi ile poliçe kriterlerine en yakın karşılıkları ile yenilenebilir.
- Sigortalıların/sigorta ettirenin kötü niyetli, yanlış sigorta uygulaması niteliğindeki hareketlerinin tespit edilmesi gibi durumlarda poliçe sigortacı tarafından yenilenmeyebilir.
- Yenileme dönemlerinde kullanım istatistikleri, enflasyon ve benzeri kriterler esas alınarak Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin sigorta bedellerinde artışlar yapılabilmektedir. Yapılan tüm değişiklikler, teklif ve poliçe üzerinde belirtilmektedir.
- Sigortacı, Dijital Doktorum Sağlık Sigortası özel şartlarında değişiklik yapabilir, özel şartlarda yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.
- Sigortacının Dijital Doktorum Sağlık Sigortası ürününün satışına son verme hakkı saklıdır. Böyle bir durumda mevcut Dijital Doktorum Sağlık Sigortası poliçesinin, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve bu tarihten sonra poliçe yenilenmez.
- Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" başlığı altında belirtilmiştir.
- Sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur. Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır. Ödeme tipi, "kredi kartı blokajlı-taksit kart" (poliçe priminin tamamı kredi kart limitini bloke eder) olan yenilenecek poliçeye ilişkin primlerin tahsil edilememesi halinde; ödeme tipi "mail order" (taksit tuarı kadar kredi kart limitini bloke eder) olarak güncellenir ve poliçe primi vade gününde tahsil edilmek üzere önceki yıl seçilen orana en yakın eşit taksite bölünerek tahsil edilir.

Yenilenen 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.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Dijital Doktorum ürününde Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması bulunmamaktadır.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

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

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

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

10.2.1 Hasarsızlık İndirimi

Hasarsızlık indirimi uygulaması bulunmamaktadır.

10.2.2 Diğer İndirimler

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

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Sigortalı Girişi

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

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur.

İlk başvuru tarihi, 0-64 yaş aralığındaki kişiler sigortalı olabilirler.

0-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalı olması için, sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartı aranmaktadır.

Yürürlükteki poliçeye "Sigortalı Girişi" yapılmamaktadır.

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

11.2 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. İptal edilen bir poliçenin tekrar yürürlüğe girmesi için aracınızla ya da Allianz Müşteri Hizmetleri ile iletişime geçilmesi gerekmektedir. Poliçe iptali itibarıyla 30 gün içerisinde meriyet talebinde bulunulan başvurularda sigortacının poliçeyi tekrar yürürlüğe alma veya başvuru kabul etmeme hakkı saklıdır.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Dijital Doktorum Sağlık Sigortası, herhangi bir sağlık poliçe hakları ile birleştirilmez.

Bu ürüne diğer sigorta şirketlerinden, Allianz Grup veya bireysel herhangi bir üründen geçiş uygulaması ve kazanılmış hak uygulaması yoktur.

Bu üründen, Allianz'ın diğer sağlık sigorta ürünlerine geçiş uygulaması ve kazanılmış hak uygulaması yoktur.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

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

13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

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

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödeme-

sinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir.

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

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

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

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

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

Sigorta ettirenin, sigorta süresi içerisinde vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Yazılı onayın alınmadığı veya sigorta ettirenin kanuni varislerinin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda, "Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Bu kurallar uygulanırken sigorta ettiren olarak sigorta ettirenin kanuni varisleri kabul edilir.

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" 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.

14. EKLER

14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Allianz, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C Hazine ve Maliye Bakanlığı,, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

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

14.2 Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

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

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

14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşmenin yenilendiği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya kalıcı veri saklayıcısıyla bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi

yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

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

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin sigortacıya iletilmiş olması zorunludur. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

14.4 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Acil Durumlar teminatı kapsamındaki yatarak tedaviler ile ameliyatlar kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. 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 (on) gün boyunca ve bu süreyi aşmamak üzere yeni bir sağlık sigortası yapılana kadar teminat limiti ve poliçe özel şartları dahilinde devam edecektir.

14.5 Rücu ve İstirdat Hakkı

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

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

Sigortalı/sigortalıların ve/veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktar-

mamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacının anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle sigortacının bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

14.6 Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigorta/reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları veya reasürörün/sigorta 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 ödenmesi veya menfaatin sağlanmasında yükümlü olmayacaktır.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Madde 1 - İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

Teminat Dışı Kalan Haller

Madde 2 - Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışındadır.

- Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

Madde 3 - Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

- Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- 2 nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4 - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Madde 5 - Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyn saat 12.00'de başlar ve öğleyn saat 12.00'de sona erer.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Madde 6 - Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

- Sigorta ettirenin/sigortalının kastı varsa sigortacı, durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli tahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebelluğ tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

- Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.

- Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

- Sigortacı durumu öğrenmeden önce,
- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde,

3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

Madde 7- Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

- 1- sözleşmeyi fesheder,
- 2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Madde 8* - Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde ödenir.

Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde

cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağına, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâde süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'nda doğan diğer hakları saklıdır.

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Can sigortalarında indirime ilişkin hükümler saklıdır.

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmediği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâle getirmez. (*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9 -

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren 8 gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.
- Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya

hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

- Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.
- Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

C) Gerekli belgelerin teslimi

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını, veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece dolduracak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

Masrafların Tespiti

Madde 10- İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

- İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,
- Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem- bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir.

a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem- bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem- bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem- bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem- bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem- bilirkişi ancak taraf hakem- bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem- bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi,

diğer hakem- bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem- bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

- Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem- bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem- bilirkişileri üçüncü hakem- bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem- bilirkişisi veya üçüncü hakem- bilirkişi taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.
 - Her iki taraf, üçüncü hakem- bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem- bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını hâzirdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.
 - Hakem- bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem- bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem- bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem- bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren 7 gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.
 - Hakem- bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
 - Hakem- bilirkişi veya hakem- bilirkişiler, ya da üçüncü hakem- bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem- bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez.
- Hakem- bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.
- Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem- bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem- bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

- i) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem- bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.
- ii) Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11 - Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorludur. (2015/22 sayılı Sağlık Sigortası Genel Şartlarında Yapılan Değişikliğe İlişkin Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

Müşterek Sigorta

Madde 12 - Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13 - 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 Kanunu'nun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve dorudan bağının bulunması gerekmektedir.

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından so-

rumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14 - Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

Yetkili Mahkeme

Madde 15 - Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

Zaman Aşımı

Madde 16- Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

Özel Şartlar

Madde 17 - Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlarla aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18*-

A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı, imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının verildiğinin ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığının ispat yükümlülüğü sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

B. Grup Sigortaları

En az on kişiden oluşan, sigorta ettiren tarafından, belirli kıstaslara göre kimlerden oluştuğunun belirlenebilmesi imkanı bulunan bir gruba dahil kişiler lehine, tek bir sözleşme ile sigorta yapılabilir. Sözleşmenin devamı sırasında gruba dahil herkes sigortadan, grup sigortası sözleşmesi sonuna kadar yararlanır. Sözleşmenin yapılmasından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliliğini etkilemez.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda sigortacı sorumlu tutulamaz.

Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigortacı ile paylaşılmaması durumunda sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bak-

makla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz. (*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

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!

