



Teminatlar / Özel ve Genel Şartlar

İÇİNDEKİLER

A - ALLIANZ MODÜLER SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	3	10.2.4. Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması	20
1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	3	10.2.5. Diğer İndirimler	20
2. TANIMLAR	3	11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	20
3. TEMİNATLAR	7	11.1. Sigortalı Girişi	20
3.1 Ana Teminatlar	7	11.2. Başvuru ve Beyan Formu'nun Değerlendirilmesi	20
3.1.1. Yatarak Tedavi Modülü	7	11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi	21
3.1.1.1. Yatarak Tedaviler	7	11.4. Allianz Bebeği	21
3.1.1.1.1. Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar	7	11.5. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)	21
3.1.1.1.1.1. Ameliyat	8	12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	21
3.1.1.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi	8	12.1. Ürün/Teminat Değişiklik İşlemleri	22
3.1.1.1.2. Evde Bakım ve Tedavi	8	12.2. Geçiş (Transfer) İşlemleri	22
3.1.1.1.3. Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	8	13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	23
3.1.1.1.3.1. Ameliyat/Yoğun Bakım Sonrası Fizik Tedaviler	8	13.1. Primlerin Ödenmemesi veya	
3.1.1.1.3.2. Rehabilitasyon	8	Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal	23
3.1.1.1.4. Ameliyat ve Yatış Öncesi-Sonrası Destekleyici Teminat	8	13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi	
3.1.1.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri	9	İçerisinde Vefatı	23
3.1.1.1.6. Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi	9	14. EKLER	23
3.1.1.1.7. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem	9	14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	23
3.1.1.1.7.1. Küçük Cerrahi	9	14.2. Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	23
3.1.1.1.7.2. Tıbbi Gözlem Tedavi	9	14.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	24
3.1.1.1.8. Tıbbi Malzeme	10	14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	24
3.1.1.1.9. Ambulans	10	14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı	24
3.1.1.2. Suni Uzuv	10	14.6. Ekonomik Yaptırımlar	24
3.1.1.3. Kontrol Mamografi	10	14.7. Ek Faydalar	25
3.1.1.4. PSA Tarama	10	14.7.1. Terör ve Doğal Afet	25
3.1.1.5. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü	10	B - SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI	26
3.1.2. Ayakta Tedavi Modülü	10	C - FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI	31
3.1.2.1. Ayakta Tedaviler	11		
3.1.2.2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11		
3.2. Ek Teminatlar	11		
3.2.1. Doğum Modülü	11		
3.2.2. Ek Hizmetler Modülü	11		
3.2.2.1. Sağlık Tarama ("Check-Up") Teminatı	11		
4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ	11		
4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi	11		
4.2. Doğum Modülü Bekleme Süresi	12		
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR	12		
6. COĞRAFİ KAPSAM	15		
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	15		
7.1. Limit Uygulaması	15		
7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	15		
7.3. Kalan Limit Hesaplaması	15		
7.4. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	16		
7.5. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	16		
8. TAZMİNAT ÖDEMESİ	16		
8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	16		
8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	17		
9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	18		
9.1. Poliçenin Yenilenmesi	18		
9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	18		
10. PRİM TESPİTİ	19		
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	19		
10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	19		
10.2.1. Hastalık Ek Primi	20		
10.2.2. Hasarsızlık İndirimi	20		
10.2.3. Fark Primi Zeyili	20		

ALLIANZ MODÜLER EKO SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Sigorta A.Ş. ("Allianz") ("Sigortacı"), sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içinde, poliçede Sigortalı olarak belirtilen kişilerin kaza ve/veya hastalık nedeniyle ihtiyaç duyabilecekleri sağlık hizmetlerine ilişkin giderleri; poliçede yer alan modüller, teminatlar, limitler, ödeme oranları ve anlaşmalı kurum ağı (network) kapsamında, işbu Özel Şartlar, Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şart"), Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde teminat altına alır.

Bu sigorta, yatarak tedavi teminatlarını sağlık hizmetinin SGK güvencesi altında olup olmadığına bakılmaksızın özel sağlık sigortası kapsamında, ayakta tedavi ve doğum teminatlarını ise tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sunar. Sigortalı, tek poliçe altında özel sağlık sigortası kapsamındaki yatarak tedavi teminatından ve SGK'ya tamamlayıcı nitelikte yatarak tedavi, ayakta tedavi ve doğum teminatlarından poliçede belirtilen koşullar, özel ve genel şartlar ve ilgili mevzuat hükümleri dahilinde yararlanır.

Bu sigorta kapsamında sunulan teminatlar aşağıdaki esaslara tabidir:

Yatarak Tedavi Teminatları, Sigortalının poliçe süresi içinde meydana gelen hastalık ve/veya kaza nedeniyle, tıbben gerekli yatarak teşhis ve tedavilere ilişkin sağlık giderlerini kapsar. Bu teminatlar, sağlık hizmetinin SGK kapsamında olup olmadığına bakılmaksızın, Sigortacının bu ürün için anlaşmalı sağlık kurum ve kuruluşlarında, poliçede belirtilen network, limit ve teminat koşulları dahilinde geçerlidir.

Ayakta Tedavi ve Doğum Teminatları, Genel Sağlık Sigortalısı olan Sigortalının poliçe süresi içinde meydana gelen hastalık ve/veya kaza nedeniyle tıbben gerekli ayakta tedavi giderleri ile doğum giderlerini kapsar. Bu teminatlar yalnızca tamamlayıcı sağlık sigortası koşulları çerçevesinde geçerlidir. Teminat kapsamında; Sigortacı ve SGK ile anlaşmalı sağlık kurum ve kuruluşlarında 5510 Sayılı Kanun uyarınca SGK tarafından karşılanan sağlık giderlerine ilave ücretler ile poliçede belirtilen diğer giderler, network, limit ve teminat koşulları dahilinde karşılanır. Bu kapsamda sunulan hizmetler, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve 5510 Sayılı Kanun ve ilgili SGK mevzuatı çerçevesinde uygulanır.

Ayakta tedavi ve doğum teminatlarından yararlanabilmesi için Sigortalının Genel Sağlık Sigortası (GSS) hak sahipliğinin aktif olması şarttır. GSS hak sahipliğinin sona ermesi veya askıya alınması halinde, bu teminatlar ilgili süre boyunca kullanılamaz.

Poliçede yer alan modül ve teminatlar, yalnızca poliçede Sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı geçerli olup, Sigortalı olarak tanımlanmayan kişiler teminat kapsamından yararlanamaz.

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. Bu 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

Sigortacı ile sigorta sözleşmesini akdeden 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 si-gortalının kişisel sayfasında görüntülenebilmektedir.

Plan / Ürün Etiket

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

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Poliçede yer alan sigorta ettiren ve sigortalılara ait, ev ve/veya iş adresleri, ev, iş ve/veya cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigorta ettiren/sigortalının, iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı olarak bildirmesi gerekmektedir.

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.

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

Polişenin 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.

Başvuru ve Beyan Formu

Sigortalı adayına ait bilgileri (kimlik, iletişim, sağlık beyanı, hesap numarası), tercih edilen poliçe kapsamını (teklif bilgisi, Network, modül gibi) ve prim ödeme planını içeren ve sigorta ettiren ve sigortalı adayları tarafından imzalanması/onaylanması gereken formdur.

Teklif Formu

Sigortalı adayına ait bilgileri, istenen teminatları ve prim ödeme planını içeren teklif niteliğindeki belgeyi ifade eder.

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 olacak hususları bildirme yükümlülüğüdür. Sigorta ettiren/sigortalının, Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekmektedir.

Kalıcı Veri Saklayıcısı

Sigorta ettiren, sigortalı veya sigortadan faydalanan 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

Polişe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların), Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

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 Veri tabanı (HUV), Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Türk Diş hekimleri Birliği Tarifesi (TDB) gibi).

Genel Sağlık Sigortası ("GSS")

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

SGK Katılım Payı

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

Sağlık Uygulama Tebliği ("SUT")

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

İlave Ücretler

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

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.

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network")

Network, Sigorta Ettiren tarafından tercih edilen poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ("AHK")

Sigorta Ettiren'in, poliçelerde tercih etmiş olduğu Network dışında yer alan veya Allianz ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarıdır.

Poliçede tercih edilen Network'te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca 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 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 de 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, Sigortacı'nın 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, özel şartların "Tazminat Ödemesi" maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Allianz'ım Mobil Uygulama Sağlığım sekmesinden sağlık harcama talebi oluşturarak Sigortacı'ya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

Teminat

Sigortacı'nın 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 ödemesi gereken katılım payları ve muafiyet tutarlarının toplamıdır.

Ödeme Yüzdesi

Poliçede her bir teminat için belirtilen ve Sigortacı'nın ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı

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

Modül

Sigortacı tarafından Sigorta Ettiren'in tercihine sunulan ve poliçe kapsamını belirleyen teminat gruplarını ifade eder. (Örneğin Yatarak Tedavi Modülü, Ayakta Tedavi Modülü vb.)

Prim

a) Sağlık Tarife Primi

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

b) Sağlık Primi

Sağlık Tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek primi ile tazminat ek priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.

c) Sağlık Net Primi

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden

hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarındır.

d) Toplam Poliçe Primi
Sağlık Net Primi üzerine vergi tutarının eklenmesi sonucunda oluşan prim tutarındır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

Hastalık Ek Primi

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

Allianz Sağlıklı Puan

Allianz Sağlıklı Puan, Allianz Sigorta sağlık sigortası müşterilerine yönelik tasarlanmış bir para puan uygulamasıdır. 1 Sağlıklı Puan 1TL'ye karşılık gelmektedir. Sigortacı, puan kazanımı ve kullanım şartlarını değiştirme hakkını saklı tutar. Kampanyalara ve puan kazanım kullarımlarına ilişkin detaylar Allianz'ım mobil uygulaması ve/veya Allianz'ın kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

Yeni İş Poliçe

Sigorta Ettiren'in Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih ederek Sigortalı adına Sigortacı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı'nın yer aldığı bireysel sağlık poliçelerinden ilkidir.

Transfer Poliçe

Sigorta Ettiren'in Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih etmesi sebebiyle diğer sigorta şirketlerinin muadil ürünlerinden veya Allianz Grup Sağlık poliçelerinden geçiş yaptığı Sigortalı adına Sigortacı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalı'nın, teminat altına alındığı bireysel sağlık poliçesidir.

Yenileme Poliçe

Sigortalının Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinde sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla bir yıl daha teminat altına alınmasıdır.

Yenileme

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

Zeyilname

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

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Allianz'da aralıksız devam eden bireysel sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş veya transfer poliçesine ilk giriş tarihidir.

Acil Diş Hastalığı

Ani gelişen, yaşam kalitesini ciddi ve ani olarak sekteye uğratan, beslenme, konuşma gibi önemli ve gündelik faaliyetleri durduran, Sigortalının acilen bir diş hekimine veya kliniğine başvurusunu gerektiren, diş veya çenede şiddetli bir ağrıya sebep olan ya da apse ve/veya kontrol edilemeyen kırık, çatlak veya kanamaya maruz bırakan "hastalık, kaza ve yaralanmaları" ifade eder.

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. Triage işlemi başvuru sırasında yapılır. Triage 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 itibarıyla stabil olan ve ayaktan 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 ciddiye 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.

Acil Durum

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

- Akut Miyokard Enfarktüsü
- Ani Felçler
- Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar
- Apandisit
- Beyin Apse
- Ciddi Genel Durum Bozukluğu
- Ciddi İş Kazası
- Darbeye bağlı iç organ zedelenmesi
- Diyabetik ve Üremik Koma
- Donma
- Eklamps tanısı alınmış olması halinde, gebelik zehirlenmesi

- Elektrik Çarpması
- Ensefalit (Beyin İltihabı)
- Epilepsi Krizi
- Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıkları
- Gebelik düşüklerine bağlı jinekolojik hormonla kanamalar hariç her türlü iç organ kanaması
- Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri
- Hipertansiyon Krizleri
- Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar
- Menenjit
- Mide Perforasyonu
- Renal Kolik
- Sinir Kopması
- Soğuk veya Sıcak Çarpması
- Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri
- Suda Boğulma
- Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
- Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları
- Trafik Kazası
- Travmaya bağlı her tip suture gerektiren cilt kesikleri
- Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar
- Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum
- Tüm Kırık ve Çıkıklar
- Uzuv Kopmaları
- Yılan, akrep veya örümcek sokması sonucu oluşan ciddi alerjik tablolar
- Yüksek Ateş (38 derece ve üzeri)
- Yüksekten Düşme (intihara teşebbüs hariç)

Terör

3713 numaralı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen üzere; cebir ve şiddet kullanarak; baskı, korkutma, yıldırma, sindirme veya tehdit yöntemlerinden biriyle, Anayasada belirtilen Cumhuriyetin niteliklerini, siyasi, hukuki, sosyal, laik, ekonomik düzeni değiştirmek, Devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü bozmak, Türk Devletinin ve Cumhuriyetin varlığını tehlikeye düşürmek, Devlet otoritesini zaafa uğratmak veya yıkmak veya ele geçirmek, temel hak ve hürriyetleri yok etmek, Devletin iç ve dış güvenliğini, kamu düzenini veya genel sağlığı bozmak amacıyla bir örgüte mensup kişi veya kişiler tarafından girişilecek her türlü suç teşkil eden eylemlerdir.

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

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

3.1 Ana Teminatlar

3.1.1. Yatarak Tedavi Modülü

Sigortalılar poliçede belirtilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Yatarak Tedavi Modülü'nden faydalanabileceklerdir.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü, Kontrol Mamografi, PSA Tarama gibi ayakta tedavi hizmetleri Yatarak Tedavi Modülü'nün altında sunulmaktadır.

3.1.1.1. Yatarak Tedaviler

Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz Tedavi ve Tetkikleri, Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi, Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi, Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Evde Bakım ve Tedavi, Tıbbi Malzeme ile Ambulans giderleri "Yatarak Tedaviler" limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

Yatarak Tedavi Modülü'nde yurtdışı teminatı tercih edilmiş ise, poliçede yurtdışında geçerli olduğu belirtilen teminatlar, Yurtdışı Sağlık Kurumu limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

3.1.1.1.1. Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar

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

"Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar" teminatı limitsiz ise, sigorta yılı içinde bu teminat kapsamında yer alan tüm giderler 180 gün ile sınırlıdır. Normal oda yatışları

1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

3.1.1.1.1.1. Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar, kalp pili, ICD (intra cardiac device), meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatları, memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, Mol Hidatiform ve Dış Gebelik operasyon giderleri “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.

3.1.1.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi

Tedavinin ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak tedavi giderleri, “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu teminat, ameliyatsız yatarak tedavi sonrasında taburculuk sonrası gerekli kontrol, muayene ve devam tedavilerini karşılamakta olup bu giderler, varsa polikliniğe tanımlı Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir.

3.1.1.1.2. 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 polikliniğe yılında içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri “Evde Bakım ve Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.1.1.3. Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Ameliyat / Yoğun Bakım Sonrası Fizik Tedaviler ile Rehabilitasyon giderleri “Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

Polikliniğe yılında içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabi-

litasyon giderleri polikliniğe belirtilen seans adedi ile sınırlıdır.

3.1.1.1.3.1 Ameliyat/Yoğun Bakım Sonrası Fizik Tedaviler

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

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

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

3.1.1.1.3.2. Rehabilitasyon

Sigortalının sigortalılık süresi içinde geçirdiği bir hastalık, sakatlanma veya yaralanmanın ardından (nörolojik hastalıklar, travma, ekstremit amputasyonu vb.), yitirdiği yaşam fonksiyonlarının (yürüme, yeme-içme, giyinip soyunma vb.) kısmen de olsa normale döndürülebilmesi için uygulanan tedavi yöntemi (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderler, tedavinin sigortalılık süresi içinde tamamlanması, hastanede yatarak yapılması ve bu durumun Sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla, “Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu teminatın limitinin/seansının aşılması durumunda polikliniğe yer alması halinde Ayakta Tedavi Modülü kapsamında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon teminat şartları, limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.1.1.4. Ameliyat ve Yatış Öncesi-Sonrası Destekleyici Teminat

Sigortalının, bu polikliniğe kapsamında karşılanan bir hastalığı nedeniyle ameliyat olması, ameliyatsız yoğun bakım yatışı gerçekleştirmesi veya en az beş gün süreyle serviste yatarak tedavi görmesi durumunda; söz konusu yatış süreciyle doğrudan bağlantılı olmak kaydıyla, yatışın başlangıcından en fazla altmış gün önce veya taburculuk tarihinden itibaren en fazla altmış gün sonra gerçekleştirilen röntgen, laboratuvar tetkikleri, ileri tanı yöntemleri ve taburculuk aşamasında yazılan reçeteye bağlı ilaç giderleri teminat altına alınır. Bu giderler, polikliniğe belirtilen teminat şartları limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır; ilgili fatura ve belgelerin yatış veya ameliyat sonrası Sigortacıya ibraz edilmesi halinde ise “sonradan ödeme” usulüyle ödenir.

Polikliniğe ayrıca bir “Ayakta Tedavi Modülü” bulunması durumunda, bu kapsamda talep edilen giderler öncelikle söz konusu modülün limitleri dahilinde karşılanır; modül limitlerinin aşılması veya modülün bulunmaması halinde ise bu madde hükümleri uygulanır.

Ayakta Tedavi Modülü kapsamında karşılanan sağlık giderlerine ait katılım payları bu teminatın konusu değildir.

3.1.1.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri

Habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz uygulama ücreti) polikliniğe belirtilen “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler polikliniğe belirtilen “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Polikliniğe kapsamındaki kanser hastalığının tedavisi için gerekli olan, endikasyon ve FDA onayı bulunan ancak Türkiye’de muadili olmayan ilaçlar; sadece resmi kurumlar (Türk Eczacılar Birliği (TEB)) aracılığı ile Türkiye’ye getirilmesi, kullanımının polikliniğe süresi içerisinde olması ve Sigortacı’nın onay vermesi koşuluyla, bu teminattan “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.

3.1.1.1.6. Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi

Resmi kurumlarca (adli, idari merciler) düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, sigortalının trafik kazası sonucu oluşan dış ve ağız yaralanmalarında, dış hekimi ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen dış ve dış eti ile ilgili her türlü tedavi giderleri, polikliniğe belirtilen “Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile ilgili giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

3.1.1.1.7. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem

3.1.1.1.7.1. Küçük Cerrahi

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

Küçük Cerrahi işlemlerinde “Acil Durum” tanımına

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

Ancak, “Acil Durum” tanımına uymayan durumlarda, bu girişimlerle ilgili olsa dahi; her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç giderleri polikliniğe tercih edilmiş olması halinde, “Ayakta Tedavi Modülü” 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.

3.1.1.1.7.2. Tıbbi Gözlem Tedavi

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

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

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

ilaç giderleri hariç olmak üzere her türlü enjeksiyon bu teminat kapsamında karşılanır.

3.1.1.1.8. Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe 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, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, nebulizatör, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda) ve ısıtma cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen “Tıbbi Malzeme” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ilgili teminatlar (Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Evde Bakım ve Tedavi, Küçük Cerrahi) dahilinde karşılanır.

3.1.1.1.9. Ambulans

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

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı’ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı’nın onayı ile hasarın gerçekleştiği ülke sınırları dahilinde hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir. Uluslararası ambulans taşıma hizmeti kapsam dışıdır.

3.1.1.2. Suni Uzu

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan organını yerine koyma amacıyla yine sigorta süresi içerisinde takılan protezler ile bu protezlerin bakımları ve vücutta implante edilen cihazlardan; koklear implantlar, insülin pompası ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı’nın onaylaması koşulu ile poliçede belirtilen “Sunı Uzu” teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.1.1.3. Kontrol Mamografi

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan kadın sigortalıların yaptıracakları kontrol mamografiye ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere internet sitemizde yer alan “Özel Anlaşmalı Mamografi Tarama Merkezlerinde” önceden randevu ve pro-

vizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.1.4. PSA Tarama

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan erkek sigortalıların yaptıracakları PSA taramaya ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere internet sitemizde yer alan “Özel Anlaşmalı PSA Tarama Merkezlerinde” önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.1.5. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü Teminatı, koruyucu sağlık hizmetini amaçlayan, anlaşmalı aile hekimi muayene ve yaşa göre değişen tetkik giderleri, tanımlı işlemlerle sınırlı olmak üzere internet sitemizde yer alan “Özel Anlaşmalı Aile Hekimliği Merkezlerinde” önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Aile Hekimi Muayenesi ile Genel Sağlık Kontrolü, poliçede belirtilen limit ile sınırlıdır.

Anlaşmalı Aile Hekimleri dışındaki Aile Hekimlerinden gelen muayene ve tetkik giderleri bu teminattan ödenmez, varsa Ayakta Tedavi modülü kapsamında değerlendirilir.

Genel Sağlık Kontrolü Tetkikleri	0 - 18 Yaş	19 - 40 Yaş	41 Yaş ve Üzeri
Hemogram	+	+	+
Sedimentasyon	+	+	+
Tam İdrar Tahlili	+	+	+
Açlık Kan Şekeri	-	+	+
EKG	-	+	+
HDL Kolesterol	-	+	+
LDL Kolesterol	-	-	+
Total Kolesterol	-	+	+
Kreatinin	-	+	+
PA AC Grafi	-	+	+
SGOT	-	+	+
SGPT	-	+	+
Ürik Asit	-	-	+

3.1.2. Ayakta Tedavi Modülü

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

Bu teminatın kullanılabilmesi için Genel Sağlık Sigortası olan sigortalının tedavisinin SGK ile anlaşmalı hastanede gerçekleşmesi, SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Sigortacı’nın anlaşmasının olması, SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması gerekmektedir.

3.1.2.1. Ayakta Tedaviler

Doktor Muayene, Röntgen, Laboratuvar Tetkikleri ve İleri Tanı Yöntemlerine ait giderler poliçede tercih edilmeleri kaydıyla belirtilen “Ayakta Tedaviler” teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

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

3.1.2.2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, fiziki muayene sonrasında, fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, poliçede 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. Ek Teminatlar

3.2.1. Doğum Modülü

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

Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar doğum teminatı alabilmektedir.

Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve “Bekleme Süreleri ve Teminat Hak Edişleri” maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

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

Gebelik ile ilgili periyodik fiziki olarak yapılacak doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebe-

lik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.), Ayakta Tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup poliçede belirtilen Gebelik Rutin Kontroller teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

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

3.2.2. Ek Hizmetler Modülü

3.2.2.1. Sağlık Tarama (“Check-up”) Teminatı

Check-up teminatı, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla sadece kendisi ve eş yakınlık derecesindeki Sigortalılar için, poliçede belirtilen Network kapsamındaki Anlaşmalı Sağlık Kurumları’nda gerçekleşmiş olması kaydıyla geçerlidir.

Check-up teminatının yürürlüğe girmesi için, poliçe priminin peşinatının ödenmesi gerekmektedir. Check-up hizmeti, yılda bir defa ve seçilen panel (check-up paketi) ile sınırlı olmak üzere internet sitemizde yer alan “Sağlık Tarama (Check-up) Merkezlerinde” önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAK EDİŞLERİ

4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi

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

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

Dünya Sağlık Örgütü ve/veya Sağlık Bakanlığı tara-

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

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

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

Poliçe teminat kapsamı dışındadır.

4.2. Doğum Modülü Bekleme Süresi

Kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki Sigortalının Doğum Modülü alabilmesi için gebe olmaması gerekmektedir.

Doğum Modülü bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için 5 aylık bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre sigortalının doğum modülü bulunan poliçe kapsamına dahil olmasından itibaren başlayacaktır.

Diğer sigorta şirketinden geçişlerde, diğer sigorta şirketinde doğum teminatı bulunsu dahi Allianz Sigorta'daki poliçesinde 5 aylık bekleme süresi, sigortalının doğum modülü bulunan Allianz Sigorta poliçesi kapsamına dahil olmasından itibaren başlayacaktır.

Gebelik Hak edışı hesaplamasında Sigortalı'nın Son Adet Tarihi (SAT) dikkate alınır. SAT'ın 5 aylık bekleme süresi sonrasında ve gebelik takibinde yapılan ultrasonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

5 aylık bekleme süresi tamamlanmadan başlayan gebelik ile ilgili tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Yenileme döneminde;

- Doğum modülüne ara verilmesi ve poliçeye doğum modülünün tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlayacaktır.
- Sigortalı'nın gebe olduğunu beyan etmesi halinde Doğum Modülü için limit, ödeme yüzdesi veya teminat kapsamı artışı yapılamaz. Gebelik durumunun beyan edilmemesi nedeniyle artış işleminin gerçekleştirilmesi halinde ise bekleme süresi poliçe başlangıç tarihine göre yeniden değerlendirilir ve mevcut gebeliğe ilişkin giderler Doğum Modülü kapsamında karşılanmaz.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTISNAİ DURUMLAR

Aşağıda belirtilen durumlar poliçe teminat kapsamı

dışında olup Sigortacı tarafından karşılanmaz.

Ayrıca, Sigortacı teknolojik gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini kapsama alıp almamaya yönelik “Teminat Dışı Kalan Haller” başlığı altında düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstahaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri ile 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,
3. SGK kapsamındaki sağlık giderleri için, 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. Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç / aşı,
5. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/sakatlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) komplikasyon ve her türlü sağlık gideri,
6. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;

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

İstisnai Durum: Kesintisiz 3 tam poliçe yılını Allianz'da tamamlamış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne (ÖBYG) hak kazanmış sigortalılar veya “Allianz Bebeği” olan sigortalıların Allianz'da poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla;

- Doğumsal anomali ve hastalıklar, tedaviye yön verecek tetkikleri
- 3 yaşından önceki; kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları,

Nazal Valv Yetmezliği,

- Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği (şaşılık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi), keratokonus, ile ilgili yapılan tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri, poliçede yer alan ilgili teminat, limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Ancak, Doğumsal hastalıkların araştırılması ve taranması, gen haritasının çıkarılması giderleri, genetik hastalık ve genetik hastalık dışı nedenlerle yapılsa dahi her türlü gen terapisi Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar ve/veya “Allianz Bebeği” olan sigortalılar için de teminat kapsamı dışındadır ve karşılanmaz.

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

İstisnai Durum: “Allianz Bebeği” olan sigortalıların sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı ilgili teminat limit ve ödeme yüzdesiyle karşılanır.

“Allianz Bebeği” olan sigortalıların doğum tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisinde oluşan Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı “Prematürite” teminat limit ve ödeme yüzdesiyle karşılanır.

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

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

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

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

12. Bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansial hastalıklar ile ilgili her türlü gider,

13. Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider ile hastanede özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı ücretleri gibi)

a. Sanatoryum, huzurevi, bakımevi, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil),

- b. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp merkezleri, Anti Aging Merkezleri, Sağlıklı Yaşam Merkezleri, Yaşam Koçluğu Merkezleri, Zayıflama Merkezleri, Spor Merkezleri, Ayak Sağlığı Merkezleri, Estetik, Kozmetik, Güzellik ve Lazer Merkezlerinde yapılan her türlü gider,
- c. Lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,
- d. İşitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

14. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) ve diğer her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,

15. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın telenjektazi, cilt hemangiomları, ksan-talezma, yüzeyel 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 gerdirmesi, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler, vücutun 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,

16. Sigortalıya uygulandığı tarihte bir tanının, tedavinin;

- a. Klinik Çalışmalarının devam etmesi: Tedavi hakkında yeterli sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışma yayınlanmayan ve tedavinin gereklilik, etkinlik ve güvenilirliği kanıtlanmayan,
- b. Tıbbi Otorite Onayı Bulunmaması: Yerli veya yabancı otoriteler (örneğin, uzmanlık dernekleri, FDA, EMA, NCCN, Türkiye'deki tıp fakülteleri) tarafından onaylanmamış olan,
- c. Deneyisel Aşamada olması: Tıbbi cemiyet veya otoriteler tarafından tedavinin deneyisel aşamada olduğuna dair bildirim yapılmış olan veya başka kişi veya kurumlar tarafından deneyisel çalışmalar yürütülen,
- d. Sağlık Bakanlığı Onayı Bulunmaması: Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmayan veya ilgili sağlık kurumlarında yapılmasına izin verilmeyen,

tanı ve tedavilere ilişkin giderler,

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

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) tetkiklerine 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 Apnesi dışında her türlü nedene bağlı uyku bozuklukları ve horlama ile ilgili tüm tetkik, tedavi, cihazlar ile uyku apnesi cihazı (CPAP vb.) ve uyku odası,

20. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,

- T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış 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 intraartiküler eklem içi enjektörleri hariç)
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,

21. Obezite ve aşırı zayıflık 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,

22. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve apa-

ratlar, 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 ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,

23. 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,

24. Ses ve konuşma terapileri,

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

26. Her türlü sünnet giderleri ve fimosiz tedavisi,

27. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşırı detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,

- Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histerosalpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -Anti Müllarian 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,

28. 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),

29. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkürminata vb.) ve molluscum contagiosum muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,

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

31. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü

müşabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,

32. 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 yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
- Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,
- Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,

33. 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,

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

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

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

37. Yatarak Tedavi Modülü Limitsiz olan poliçelerde sigorta yılı içinde hastanede yatış süresi 180 günü geçtiğinde (normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanır) "Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar" teminatı altında yer alan tüm giderler,

38. Poliçede yer almayan, tercih edilmeyen, hak kazanılmamış modül (Yatarak Tedavi, Ayakta Tedavi, Doğum, Ek Hizmetler gibi) ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

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

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

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

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

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

44. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri,

45. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin talepler

46. Bu özel şartın yürürlük tarihi itibarıyla geçerli sağlık referans tarifelerine (22.07.2026 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 teminat kapsamında değildir.

6. COĞRAFI KAPSAM

Poliçede yer alan teminatlar sadece Türkiye'de (yurt içi) geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir. KKTC yurt dışı olarak değerlendirilir.

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 Üst ve Alt teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı bulundukları kurum tipi için geçerli olan üst teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

Yatarak Tedavi Modülü altındaki teminatlar Yurtiçi Anlaşmalı Sağlık Kurumları (AK) için limitli ise, bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları (AHK) için de ortak limit olup gerçekleşen tazminat ödemeleri toplamı, ilgili teminatın brüt AK limitinden düşülerek kullanılır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

Poliçe üzerinde belirtilen limitler ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup bu oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları, poliçe teminat kapsamı dışındadır.

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 ("li-

mit”), 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 ve Network’ler, Allianz’ın kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde ve “Allianz’ım” mobil uygulamasında düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

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.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan 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 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

Sağlık giderlerinin karşılanması; hizmetin alındığı sağlık kurumu, doktorun anlaşma durumu, poliçede tanımlı network yapısı ile ilgili teminat limitleri ve ödeme oranları esas alınarak aşağıdaki gibi uygulanır:

- Poliçede network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri, aksi belirtilmedikçe “doğrudan ödeme” yöntemi ile karşılanır. Ancak Yatarak Tedavi Modülü kapsamındaki Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik giderleri, anlaşmalı kurumda gerçekleşse dahi “sonradan ödeme” kapsamında değerlendirilir.

- Yatarak Tedavi Modülü kapsamında, poliçede tanımlı network dışında kalan anlaşmalı sağlık kurumları, Sigortacı ile anlaşması bulunmayan sağlık kurumları ve network dahilindeki kurumlarda anlaşmasız veya sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin giderler, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum limit, kapsam ve ödeme oranları çerçevesinde “sonradan ödeme” yöntemiyle karşılanır.
- Ayakta Tedavi ve Doğum Modülü kapsamında, SGK ile anlaşmalı ancak Allianz ile anlaşması olmayan sağlık kurumları veya doktorlarda gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum limiti, teminat koşulları ve ödeme oranları doğrultusunda sonradan ödeme sürecinde karşılanır. Ancak, anlaşmalı sağlık kurumlarında Allianz ile anlaşması olmayan doktorlardan alınan hizmetler ile SGK ile anlaşması olmayan özel hastanelerden alınan hizmetler teminat kapsamı dışındadır.
- Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri ile devlet üniversitesi hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum limit ve ödeme oranları kapsamında “sonradan ödeme” yöntemiyle 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.
- Ek Hizmetler Modülü kapsamındaki Check-up, Kontrol Mamografi, PSA Tarama ile Aile Hekimliği Muayene ve Tetkik teminatları bu teminatlara özel olarak anlaşma sağlanmış network dışında kullanılamaz.
- Yatarak tedavilerde ön onay aşamasında beyan edilen tutar ile sonradan düzenlenen faturadaki tutar farklı ise, tazminat hesabında düşük olan tutar esas alınır.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının poliçe, modül ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı’dan 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 ödenmesinin ardından, “Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi” bölümünde

belirtilen evraklarla Sigortacı’ya başvurulması halinde, masraflar sonradan ödeme sürecinde değerlendirilerek Sigortacı tarafından poliçe kapsamı dahilinde karşılanır.

Acil tedaviler dışındaki ameliyat ve tıbbi tedaviler 48 saat önceden anlaşmalı sağlık kurumu aracılığı ile Sigortacı’ya bildirilmediği takdirde doğrudan ödeme işlemi geçersizdir.

Anlaşma Harici Sağlık Kurumları’nda; Sigortalının poliçedeki Network’ü dışında gerçekleşen sağlık hizmetlerine ait faturalar;

- 1) Yatarak Tedaviler kapsamında gerçekleşmiş ve teminat kapsamındaki işlemlere ait faturalar, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum limiti ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- 2) GSS kapsamında gerçekleşmiş, onaylanmış ve teminat 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.
- 3) Ayakta ve Doğum Modülleri kapsamında, Genel Sağlık Sigortası’nda ‘İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri’ maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri hiçbir şekilde karşılanmaz.

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 sigortalı hasta bilgi formu”nun doldurulması,
 - Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler, GSS kapsamında yapılan sağlık harcamalarına ilişkin tazminat taleplerinde, Sigortalının Networkü kapsamındaki anlaşmalı sağlık kurumunun öncelikle Sosyal Güvenlik Kurumu (“GSS”) kapsamında provizyon alması gereklidir.

2. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu’na ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini Sigortacıdan 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.

Talep ekinde;

- GSS kapsamında yapılan sağlık harcamalarına ilişkin işlemlerde, tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem 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 Serbest Meslek makbuzu aslı veya E-Arşiv Fatura,
- Faturanın alınamadığı durumlarda kasa fişi iletilindiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
- POS fişi iletilindiğinde, üzerinde hizmeti alan kişinin adı-soyadı ile birlikte doktor kaşe ve imzası olmalı veya hizmeti alan kişiye ait doktor raporu eklenmelidir.
- Faturada birden çok kalem varsa (Örn; yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri
- Reçete aslı, ilaç küpürlerinin asılları ve barkodları,
- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu,
- Tetkik istem formu ve sonuçları (fotokopi olabilir)
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
- Doktor muayenelerinde, gerekli görüldüğünde anamnez raporu (tıbbi kayıt),
- Müdahalelerde teşhis/tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon faturalarında, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Yatış sonrası yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, ilgili ameliyat raporu, yoğun bakım epikrizi, rehabilitasyon nedenli yatışa ait epikriz ile fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor, varsa tetkik sonuçları (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. (Doğrudan Ödeme aşaması dahil)

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

• 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, 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, yenilemede risk değerlendirmesini kesin-tisiz devam eden üçüncü yılın sonunda ya da teminat artış talepleri durumunda yapar. Değerlendirme sonucunda poliçeye hastalık istisnası ve/veya hastalık ek primi uygulayabilir, var olan hastalık istisna ve hastalık ek primlerinde değişiklik yapabilir. Bu değerlendirmede Sigortacı risk değerlendirmesi yapılmayan dönemler de dahil olmak üzere, varlığını sonradan öğrendiği, sigortalının ortaya çıkmış tüm hastalık ve rahatsızlıklarını dikkate alır., Sigortalının, Sigortacı için önemli olan bilgileri vermemesi "Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi" maddesindeki durumların tespit edilmesi, sigortalının kötü niyetli ve yanlış sigorta uygulaması niteliğindeki hareketlerinin tespit edilmesi gibi durumlarda poliçe, Sigortacı tarafından yenilenemeyebilir ya da hastalık istisna / ek prim uygulamaları değiştirilebilir.

• Sigortacının poliçeyi otomatik yenileme veya otomatik yenilememe hakkı saklıdır.

• Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş olan modül, network ve teminat detayları, değiştirilmeden yenilenir. Ancak, poliçede tercih edilmiş (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi) kriterler yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerini haiz karşılıkları ile yenilenir.

• Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, poliçeler, en geç vade tarihinde düzenlenir ve 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. Sigorta ettiren, yenilenen sözleşmeden, sözleşmenin kurulduğu tarihten itibaren 30 günlük süre içerisinde cayabilir.

• Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçedeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" başlığı altında yer alan "Teminat Değişiklik İşlemleri" maddesinde belirtilmiştir.

• Yenileme dönemlerinde kullanım istatistikleri, enf-

lasyon ve benzeri kriterler esas alınarak Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin sigorta bedellerinde artışlar yapılabilmektedir. Ayrıca teminatlarda, indirim ve/veya ek prim oranlarında değişiklik yapılabilir. Yapılan tüm değişiklikler, teklif ve poliçe üzerinde belirtilmektedir. Bu sigorta poliçesinin satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarını haiz bir poliçe önerilecektir.

9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Poliçenin Sigortacı tarafından mevcut ürün ve plan (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür. Bu taahhüt poliçede yazılan tüm "Ana Teminatlar" için geçerlidir.

Sigortacı, sigortalının kesintisiz olarak 3 tam yıl boyunca Allianz Modüler Eko Sağlık Sigortasını devam ettirmesi koşulu ile 3 tam yıl sonunda sigortalının sağlık durumunu esas alarak Modüler Eko sağlık sigortasında ömür boyu yenileme garantisi hakkını değerlendirir. Bu değerlendirmede, sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarını Sigortacı'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması, kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışının bulunmaması kayıt ve koşuluyla, üç yıl sonunda sigortalının geçmiş sigortalılık, geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumu ve bundaki gelişmeler esas alınarak her bir Sigortalı için ayrı ayrı olmak üzere ömür boyu yenileme garantisi verilir. Sigortacıya herhangi bir bildirim yapılmaması durumunda değerlendirme işbu özel şartların "Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi" başlıklı 14.2. maddesi kapsamında yapılır. Bu değerlendirmeyi yaparken sigortalının ilk sözleşme tarihinde geçerli olan özel şartlar ile ömür boyu yenileme garantisine ilişkin bilgiler dikkate alınır. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan sigortalı aleyhine değiştirilemez.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

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

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanıldıktan sonra;

- Sigorta Ettiren veya Sigortalının talebi olmadıkça bu hakkı kazandıktan sonra ortaya çıkan hastalık

ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları 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, istisnası uygulanmaz.

• "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.

• Sigortacı tarafından, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını tekrar değerlendirerek hastalık ek primi uygulama hakkına sahiptir.

• Sigortalının poliçe süresi içerisinde ya da yenileme döneminde kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunduğu tespit edilirse, "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" alması bile poliçesi iptal edilebilir ve/veya yenilenemeyebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel olup yalnızca bu hakkı kazanmış sigortalıya aittir, bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir. Ömür Boyu Yenileme Garantisine ilişkin diğer bilgilendirmeler "Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri" maddesinde belirtilmiştir.

Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukları, dahil oldukları poliçe döneminden itibaren üç tam yılı tamamlamalarını takiben ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirmeye alır. Bu değerlendirmede, sigorta başlangıç tarihi ile üç yılın tamamlandığı tarih arasındaki sağlık riskleri ile geçmiş sigortalılık ve geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeler esas alınır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi, kesintisiz olarak yenilenen poliçeler için verilen bir hak olup, poliçenin 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.

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. Bunun yanı sıra anlaşmalı

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

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 değişkenlerdeki değişimleri, dünya ve Türkiye'de hastalık verilerini de dikkate alarak günceller. "Sağlık Tarife Primi"ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla iki katıyla sınırlıdır. Diğer bir deyişle, 1 birimlik tarife priminin (baz prim ile yaş, il vb. gibi faktörlerin çarpımı) üzerine 2 birimlik artış yapılarak, medikal enflasyon etkisi altında kalmamak koşuluyla, aynı kategorideki tarife primi toplamda en fazla 3 birim seviyesine gelebilir.

Sigortacı'nın yenileme dönemleri itibarıyla, bu maddede yer alan indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Poliçe priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatı ve taksitleri poliçe üzerinde yazılı vadelerde, sigorta ettirenin belirtmiş olduğu ödeme şekline (kredi kartı, taksit kart, havale) göre tahsil edilir.

• Havale ile ödeme yapılacak ise açıklama bölümüne mutlaka Sigorta Ettiren adı soyadı / ünvanı ve poliçe numarası yazılmalıdır.

• 'Kredi kartı blokajlı-taksit kart' olan yenilenecek poliçeye ilişkin primlerin tahsil edilememesi halinde; ödeme tipi 'mail order' (vadesi gelmiş taksit tutarı 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.

• Priminin tamamının veya peşinat ve taksitlerin herhangi birinin ödenmemesi ya da prim ödenmesi için sigortacıya bildirilen ödeme aracından tahsil edilememesi durumunda, TTK 1434 hükümleri uygulanır.

• Poliçenin iptal edilmemesi için poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde ödemelerin yapılmasına, kredi kartı ile yapılacak ödemelerde ilgili ödeme tipinin gerektirdiği hesap / limit kullanılabilir bakiyelerinin prim ödemesinin yapılabilmesi için yeterli olmasına dikkat edilmelidir.

10.2.1. Hastalık Ek Primi

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

10.2.2. Hasarsızlık İndirimi

Hasarsızlık İndirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademeden oluşmaktadır. Yeni iş ve Doğum Modülü tercih eden transfer sigortalıları, bu uygulamaya giriş kademesinden (1. kademe) başlar.

Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir. Yenileme poliçe;

- T/P oranı %35'ten küçük ise bir üst kademe,
- T/P oranı %35(dahil) ile %70(hariç) arasında ise aynı kademe,
- T/P oranı %70(dahil) ile %200(dahil) arasında ise bir alt kademe,
- T/P oranı %200'den büyük ise iki alt kademe

ile yenilenir.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

Kademe	1	2	3	4	5	6	7	8
İndirim Oranı (%)	0	10	19	27	34	41	47	52

10.2.3. Fark Primi Zeyili

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini arttırması durumunda Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirilecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşer.

Poliçede verilen indirimleri etkileyecek herhangi bir değişiklik durumunda (örneğin bir üründe poliçe varlığı halinde bu ürün poliçesinde verilen indirim gibi), poliçe priminin artması sonucu Sigortacı oluşacak fark primini, sigorta ettirenden zeyilname ile talep eder veya tahakkuk ettirilecek fark prim tutarını tazminat tutarından düşer.

10.2.4. Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan "Sağlık Tarife Primi" değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl "Sağlık Tarife Primi" ile yenileme dönemindeki "Sağlık Tarife Primi" arasındaki farkın belirli bir aralık dahilinde kalmasını teminen "Sağlık Tarife Primi" artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

10.2.5 Diğer İndirimler

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde indirim veya Allianz Sağlıklı Puan fırsatları

sunabilir. Sigortacı, bu indirim ve puan fırsatlarını uygulayıp uygulamama ya da değişiklik yapma ile ilgili hakkını saklı tutar.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1. Sigortalı Girişi

Sigorta kapsamına kabulde, Başvuru ve Beyan Formu'nda ilgili poliçe kapsamında yer alacak her bir kişinin bilgilerinin bulunması gerekmektedir.

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

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya bekar çocuklardan ibarettir. Çiftlerin, Türk Medeni Kanunu kapsamında evli olması gerekmektedir İlk başvuru tarihinde, 15 günlük – 64 (dahil) yaş yaş aralığındaki kişiler sigortalı olabilirler.

15 gün-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanma talepleri, sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla değerlendirilecektir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalı olabilirler.

Şirketimizde Allianz Modüler Eko Sağlık Sigortası ürününde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili her türlü sağlık gideri teminat kapsamı dışında olup ayrıca sigortalılık süresi boyunca devam eden fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için de istisna, ek prim uygulanabilir veya poliçe iptali yapılabilir.

11.2. Başvuru ve Beyan Formu'nun Değerlendirilmesi

Başvuru ve Beyan 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. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları, varsa eski sigortalılık kayıtlarını, diğer sigorta şirketi geçişi ise oradaki bilgileri, kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığını, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (Merkez) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceleme yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın teklif edilen poliçe kapsamını (Modül, teminat, limit,

ödeme yüzdesi gibi) değiştirme, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Poliçe, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer. 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.

11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Diğer aile bireylerinin (Eş, çocuk, yeni doğan bebek ve evlat edinilen veya bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen çocuklar dahil) mevcut poliçeye girişleri "Sigortalı Girişi" ve "Başvuru ve Beyan Formu'nun Değerlendirilmesi" maddeleri çerçevesinde değerlendirilecek olup yürürlükte olan poliçenin Özel Şart, teminatları ve prim tarifi ile geçerli olacaktır.

Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye bağlı olarak Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

Yürürlükteki poliçeye ara dönemde giren sigortalılarımızın poliçe yenilemesi için olan risk değerlendirmesi poliçeye giriş tarihinden itibaren bir tam yılı tamamlamalarından sonraki ilk yenilemede yapılır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi ise kesintisiz devam eden üçüncü yılın sonunda yapılır. Bir diğer deyişle, yürürlükteki poliçeye ara dönemde giren sigortalılar, kesintisiz devam eden üçüncü tam yılın sonunda gerçekleşen ilk yenilemede yapılacak risk değerlendirmesi sonucunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır.

11.4. Allianz Bebeği

Sigortalının poliçesinde Doğum Modülü bulunması ve bu modülde yer alan teminatlardan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, poliçe süresi içerisinde doğan ve doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde Sigortacıya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilen bebekler, doğum tarihi itibarıyla poliçeye dahil edilerek Allianz Bebeği olarak kabul edilirler.

Allianz Bebeği olarak kabul edilen bebeklerin poliçeye girişinde;

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir.
- "Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi" maddesi uygulanmaz.
- "Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar"

maddesinin 3. bendinde yer alan "İstisnai Durum" bölümünde belirtilen hastalıklar/rahatsızlıklar sigorta başlangıç tarihi itibarı ile kapsam dahilindedir.

- Hastalık ek primi uygulanabilir.
- Hastalık istisnası uygulanmaz.

"Allianz Bebeği" olarak poliçeye girişi yapılan sigortalıların doğum tarihinden itibaren 60 gün içerisinde oluşan Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı Yatarak Tedavi Modülü altında belirtilen "Prematürite" limit ve ödeme yüzdesiyle karşılanır.

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

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

11.5 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Sigorta ettiren poliçenin iptal edildiği tarihten itibaren 30 gün içerisinde meriyet talebinde bulunabilir. Bunun için sigorta ettirenin, sigorta aracısı ya da Allianz Müşteri Hizmetleri ile iletişime geçmesi ve Başvuru ve Beyan Formu'nun yeniden doldurulması gerekmektedir. Meriyet talebinde bulunulan başvurularda Sigortacı'nın yapacağı değerlendirme sonucuna göre poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi poliçenin iptali ile tekrar poliçeye meriyet başvuru tarihi arasında çıkan riskler sebebiyle istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Sigortalının başka bir poliçede kazandığı hak ve yükümlülüklerinin Allianz Modüler Eko 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.) Modüler Eko Sağlık Sigortası kapsamındaki sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilmez. Bu poliçe ve teminatlar, Modüler Eko Sağlık Sigortası'nın başlangıcı, devamı veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilmeyecektir.

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

Sigortalıların yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme veya Allianz Sigorta grup sağlık poliçelerinden çıkışı durumunda bireysel poliçede devam etme veya diğer sigorta şirketlerinden geçiş kuralları aşağıdaki gibidir:

12.1. Ürün/Teminat Değişiklik İşlemleri

Poliçenin yenilenmesinde, ürün ve modüllerde değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda, tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz, varsa Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile mevcut istisna ve/veya hastalık ek primi devam eder.

Sigorta Ettiren, mevcut poliçesinin kapsamını genişletmek (örneğin teminat, network, modül veya diğer özellikleri değiştirmek) isterse, Sigortacı yeni bir başvuru formu ve sağlık beyanı olarak değerlendirme için sigortalının geçmiş sigortalılık/sağlık bilgilerini ve güncel sağlık beyanını inceler.

Bu değerlendirme sonucunda Sigortacı:

- Talep edilen kapsamı (örneğin modül, teminat, limit, ödeme oranı gibi) bakımından değişiklik önerebilir,
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını yeniden değerlendirebilir,
- Sağlık ve ürün/plan durumundaki değişikliklere göre istisna, ek prim uygulayabilir, doğum teminatı ya da ilk kez eklenen yeni teminatlar bakımından bekleme süresi uygulayabilir,
- Ürün/plan geçiş talebini reddedebilir.

12.2. Geçiş (Transfer) İşlemleri

Diğer sigorta Şirketlerinde veya Allianz Grup Sağlık Sigorta Poliçesinde sigortalı olan kişilerin, Allianz Modüler Eko 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 eşdeğer veya daha dar kapsamlı planı talep etmeleri,
- Diğer sigorta şirketlerinden ya da Allianz Grup Sağlık Sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisine sahip olmayan sigortalıların geçiş başvurularında, sigortalıların başvuru tarihinde en fazla 64 (dahil) yaşında olmaları,
- Allianz Grup Sağlık Sigortasından geçiş taleplerinde Allianz Grup Sağlık Sigortası özel şartlarında belirtilen geçiş koşullarının sağlanması,

- ÖBYG hakkı için ÖBYG taahhüdü içeren bir sözleşmeden geçiş talebinde bulunmaları şarttır.

Bu koşulların sağlanmaması halinde, başvuru geçiş olarak değil, "Yeni Giriş İşlemleri" maddesi kapsamında değerlendirilebilir.

Yukarıdaki geçiş koşullarının sağlanması halinde; Sigortacı sigortalı adaylarının Allianz Modüler Eko Sağlık Sigortası'na geçişine ve diğer sigorta veya grup poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, adayın beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri, Merkez verileri, temin edinilen bilgiler, Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşulları ile adayın kötü niyetli veya yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığını dikkate alarak karar verir. Sigortacı, yukarıda detayları belirtilen bilgi ve belgeler ile Allianz Modüler Eko Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda poliçe kapsamını değiştirme, istisna veya hastalık ek primi uygulama, sigortalıyı poliçe kapsamına alma ya da başvuruyu reddetme hakkına sahiptir.

Geçiş işlemlerinde Yönetmeliğin 7. Maddesinin 5. Fıkrasında yer alan asgari şartları sağlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi olan sigortalının, geçiş başvurusunun Allianz Modüler Eko 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 değişkenlik gösterebilecek şekilde devam eder,
- Bu Özel Şartların 4.1 numaralı "Bekleme Süreleri" maddesinde belirtilen Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi uygulanmaz,
- Teminat dışı kalan hallerde belirtilen istisnai durumlar, 3 tam yılın Allianz'da tamamlanması sonrası kapsama alınır.

Geçiş işlemlerinde Ömür Boyu Yenileme Garanti taahhüdü içeren bir üründe olup Ömür Boyu Yenileme Garantisi olmayan sigortalının, geçiş başvurusunun Allianz Modüler Eko 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,
- Bu Özel Şartların 4.1 numaralı "Bekleme Süreleri" maddesinde belirtilen Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi uygulanmaz,
- Teminat dışı kalan hallerde belirtilen istisnai durumlar, ÖBYG kazanımına ek olarak 3 tam yılın Allianz'da tamamlanması sonrası kapsama alınır.

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, Allianz bebeği hakkı gibi uygulamalar) son bulur.

Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir.

13.1. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/ Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta priminin tamamı, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa ilk taksit (peşinat) poliçenin teslimi sırasında ödenmelidir. Prim veya peşinatın ödenmemesi 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 ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal/ caymal 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 esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal/ cayma talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 günlük süreyi aşan iptal taleplerinde, tazminat ödemesinin gerçekleştiği durumlarda, iptal nedeniyle sigorta ettirene iade edilecek tutar, Sigortacı'nın 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, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve Sigorta Ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.

- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Sonraki günlerde yapılan sigortalı çıkışı taleplerinde de yukarıda belirtilen kurallara göre işlem yapılır.

13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın 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, vefat tarihi itibarıyla poliçe fesh edilir ve gün esasına göre prim iadesi yapılır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacı'ya iletilmesi gerekir.

14. EKLER

14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Sigortacı, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, kamu kurum ve kuruluşlarından ilgili mevzuat çerçevesinde bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir.

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 Yerine Getirilmemesi

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

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, başvuru aşamasındaki beyanlarının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar

olduğu veya bilmesi gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” olsa bile poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, 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 sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması, Sigortalının, Sigortacı için önemli olan bilgileri 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, poliçeyi iptal etme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi poliçeyi 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. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya yazılı veya elektronik 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 Sigortacı’ya 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 Sigortacı’ya 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

Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları 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 yapılan kadar teminat limiti ve poliçe özel şartları dahilinde devam edecektir.

14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartlara 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 Kuruluşlarına veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/sigortalılardan talep 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. Sigortacı’nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı’nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

14.6. Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigorta/bireysel emeklilik/reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları, Avrupa

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

14.7. Ek Faydalar

14.7.1. Terör ve Doğal Afet

Sağlık Sigortası Genel Şartları’nın “Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller” başlıklı 3. maddesinin a ve b bendlerinin teminat dışı kalan hal olarak belirtilen;

- Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde gerçekleşen deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması sonucu, sigortalıların sigorta süresi içinde yaralanmaları veya hastalanmaları nedeniyle oluşan tedavi giderleri,
- Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu’nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu sigortalıların ilgili poliçe dönemi içinde hastalanmaları veya kaza sonucu yaralanmaları nedeniyle oluşan tedavi giderlerini kapsamaktadır.

Bu çerçevede yatarak yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri poliçedeki Yatarak Tedavi teminatları kapsamında, ayakta yapılacak tedaviler ise poliçedeki Ayakta Tedavi teminatları kapsamında sigortacı tarafından değerlendirilecektir.

Terör teminatı konusu doğrudan veya dolaylı olayların sonucunda meydana gelse dahi sigortalıların hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmalarına sebebiyet verecek olan biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle ortaya çıkacak bütün zararlar teminat kapsamı dışındadır.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

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.

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç karışıklıklar,

b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,

c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak halî müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,

d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,

e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,

f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

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

h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA 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:

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

b) 2.nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere 3713 sayılı Terörle Mücadele

Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Madde 4 - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI 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.

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN 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;

a) 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.

b) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı 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 esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce,

2- 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.

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE 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 tebelluğ tarihini takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, 8 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.

PRİMİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

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 3 ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren 3 ay içinde dava

veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde sözleşmeden cayılmış olunur.

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

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

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

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

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

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 sözkonusu 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;

a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

b) 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.

MASRAFLARIN TESBİTİ

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.

a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,

b) 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 hakembilirkişi 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.

c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem- bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçün-

cü 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.

d) 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 haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

e) 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 yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tespiti bakımından gerekli görecekları delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) 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.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşamadıkça, 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.

j) Masraf miktarının tespiti, 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.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

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 zorunludur. (2015/22 sayılı Sağlık Sigortası Genel Şartlarında Yapılan Değişikliğe İlişkin Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

MÜŞTEREK SİGORTA

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

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

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 Kanunun 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 sorumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

TEBLİĞ 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.

YETKİLİ 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 AŞIMI

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

ÖZEL ŞARTLAR

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

BİLGİLENDİRME FORMU, POLİÇE VE KATILIM SERTİFİKASI 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 bakmakla 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.)

FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Madde 1 - İşbu poliçe, aşağıdaki şartlar dairesinde, sigortalıyı sigorta müddeti içinde maruz kalacağı kazaların neticelerine karşı temin eder.

Madde 2 - Bu poliçedeki “kaza” tabirinden maksat ani ve harici bir hadisenin tesiriyle sigortalının iradesi dışında ölmesi veya cismani bir arızaya maruz kalmasıdır.

Madde 3 - Aşağıdaki haller de kaza sayılır:

a) Birdenbire ve beklenilmeyen bir şekilde intihar eden gazların teneffüsünden

b) Yanıklardan ve ani bir hareket neticesinde adale ve sinirlerin incinmesi, burkulması ve kopmasından

c) Yılan veya haşerat sokması neticesinde husule gelen zehirlenmeler

d) Isırılma neticesinde meydana gelen kuduzdan mütevellit vefat hali veya cismani arızalar

Madde 4 - Aşağıdaki haller kaza sayılmaz:

a) Her nevi hastalıklarla bunların neticelerinin ve marazi bir halin

b) Sigortanın şümulüne giren bir kaza neticesinde vukua gelmediği takdirde, sühnetin, donma, güneş çarpması ve konjestiyon gibi tesirlerinin

c) Herhangi akıl ve ruh haleti ile olursa olsun, intiharın veya intihara teşebbüsün

d) Aşık sarhoşluğun, sigortanın şümulüne giren bir kazanın icap ettirmediği ahvalde uyuşturucu madde kullanmanın, ilaç ve zararlı madde almanın

e) Sigortanın şümulüne giren bir kazanın icabet-tirmediği cerrahi; müdahalenin (ameliyatın) ve her türlü şua tatbikinin, tevhit ettiği vefat hali veya cismani arızalar

Madde 5 - Aşağıdaki haller sigortadan hariştir:

a) Harp veya harp mahiyetindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma veya bunlardan doğan iç kargaşalıklar

b) Grevlere, lokavt edilmiş işçi hareketlerine, halk hareketlerine kavgalara iştirak

c) Cürüm ve cinayet işlemek veya bunlara teşebbüs

d) Tehlikede bulunan eşhas ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması

e) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu’nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek

ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar

f) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj

g) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu’nda belirtilen terör eylemleri ve buna bağlı sabotajlara katılmak

Suda boğulmalar, sigortanın şümulüne giren bir kaza neticesinde vuku bulmadığı takdirde, sigortadan hariştir.

Madde 6 - Aksine mukavele yoksa aşağıdaki haller de sigortadan hariştir:

a) Motosiklet ve takma motorlu bisiklet kullanmak ve bunlara binmek

b) Açık deniz balıkçılığı ile süre ve sürgün avları, yaban domuzu vesaire vahşi hayvan avcılığı ve yüksek dağlarda avcılık

c) Dağlara ve cumudiyelere tırmanma suretiyle yapılan dağcılık, kar veya buz üzerinde yapılan bilumum sporlar (kayak, patinaj, hokey ve boksley gibi); cirit oyunu, manialı binicilik, polo, ragbi, eskrim, halter, güreş, boks, basketbol, futbol ve yelken sporları ile ağır ve tehlikeli jimnastik hareketleri ve profesyonel spor hareketleri

d) Her nevi spor müsabakalarile sürat ve mukavemet yarışları

e) Havada yolcu sıfatından gayri bir sıfatla uçuş

f) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması

g) 5. maddenin (e) bendinde belirtilen zararlar ve aynı maddenin (g) bendinde belirtilen terör ve sabotaj eylemlerine katılma hali hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu’nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler

SİGORTANIN MÜLKİ HUDUDU

Madde 7 - İşbu sigorta teminatı Türkiye hudutları dışında da caridir.

TEMİNAT NEV’İLERİ

Madde 8 - Verilen ve verilmeyen teminatların poliçenin ön yüzünde belirtilmesi kaydıyla, aşağıda be-

lirtilen vefat ve daimi maluliyet teminatlarına ilave olarak, gündelik tazminat ve tedavi masrafları teminatlarının biri veya her ikisi verilebilir.

A) Vefat Teminatı:

İşbu poliçe ile temin edilen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren 1 sene zarfında vefatına sebebiyet verdiği takdirde, sigorta bedeli poliçede gösterilen menfaatlara, yoksa kanuni hak sahiplerine ödenir.

B) Daimi Maluliyet Teminatı:

İşbu poliçe ile temin edilen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren 2 sene zarfında daimi surette maluliyetine sebebiyet verdiği takdirde, tıbbi tedavinin sona ermesini ve daimi maluliyetin kat'î surette tespitini müteakip, daimi maluliyet sigorta bedeli aşağıda münderiç nisbetler dahilinde kendisine ödenir.

Sigorta Bedelinin	(%)
İki gözün tamamen kaybı	100
İki kolun veya iki elin tamamen kaybı	100
İki bacağın veya iki ayağın tamamen kaybı	100
Bir kol veya bir el ile beraber bir bacağın veya bir ayağın tamamen kaybı	100
Umumi felç	100
Şifa bulmaz akıl hastalığı	100

	Sağ(%)	Sol(%)
Kolun veya elin tamamen kaybı	60	50
Omuz hareketinin tamamen kaybı	25	20
Dirsek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Bilek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Baş parmak ile şahadet parmağının tamamen kaybı	30	25
Baş parmak ile beraber şahadet parmağından gayri bir parmağın tamamen kaybı	25	20
Şahadet parmağı ile beraber baş parmaktan	20	15
gayri bir parmağın tamamen kaybı		
Baş ve şahadet parmaklarından gayri üç parmağın tamamen kaybı	25	20
Yalnız baş parmağın tamamen kaybı	20	15
Yalnız şahadet parmağının tamamen kaybı	15	10
Yalnız orta parmağın tamamen kaybı	10	8
Yalnız yüzük parmağının tamamen kaybı	8	7
Yalnız küçük parmağın tamamen kaybı	7	6

Bir bacağın dizden yukarsından tamamen kaybı	50
Bir bacağın dizden aşağısından tamamen kaybı	40
Bir ayağın tamamen kaybı	40
Bir ayağın bütün parmaklar dahil kısmen kesilmesi	30
Bir kalçanın hareketinin tamamen kaybı	30
Bir dizin hareketinin tamamen kaybı	20
Bir ayak bileği hareketinin tamamen kaybı	15
Bir ayak baş parmağının tamamen kaybı	8

Kırılan bir bacağın iyi kaynamaması	30
Kırılan bir ayağın iyi kaynamaması	20
Kırılan bir diz kapağının iyi kaynamaması	20
Bir bacağın 5 santimetre veya daha fazla kısalması	15
Bir gözün tamamen kaybı veya iki gözün rüyet kudretinin yarı yarıya kaybı	25
Her iki kulağın tamamen sağırılığı	40
Bir kulağın tamamen sağırılığı	10
Kırılan alt çenenin iyi kaynamaması	25
Amudi fikarının bariz inhina ile müterafik hareketsizliği	30
Göğüs kafesinde devamlı şekil bozukluğu yapan kaburga kırıklığı	10

Yukarıdaki cetvelde zikredilmemiş bulunan maluliyetlerin nisbeti, daha az vahim olsalar bile bunların ehemmiyet derecelerine göre ve cetvelde yazılı nisbetlere kıyasen tayin olunur.

Daimi maluliyet nispetlerinin tayininde Sigortalı'nın meslek ve san'atı nazarı itibara alınmaz.

Bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tabiri, o uzvun veya uzuv kısmının kat'î ve mutlak surette vazife görememesini ve kullanılamamasını ifade eder.

Bir kazadan evvel esasen hiçbir surette vazife göremeyen ve kullanılamayan bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tazmin olunmaz.

Bu kazadan evvel kısmen malul bulunan bir uzvun veya bir uzuv kısmının maluliyet nispeti kaza sebebiyle arttığı takdirde, tazminat, kazadan evvelki nisbet ile sonraki nisbet arasındaki farka göre hesaplanır.

Aynı kazadan dolayı muhtelif uzuvlarda veya uzuv kısımlarında meydana gelen maluliyetler için ayrı hesap edilecek tazminatın yekunu poliçede gösterilen meblağı geçemez.

Sigortalı solak olduğu takdirde, yukarıdaki cetvelde sağ ve sol el için tayin olunan nisbetler makûsen tatbik olunur.

C) Gündelik Tazminat

Sigortalı, kaza neticesinde muvakkaten çalışamayacak duruma düşerse, kendisine poliçede yazılı gündelik tazminat ödenir. Sigortalı, kısmen çalışabilecek durumda bulunduğu veya bilahare kısmen çalışabilecek duruma geldiği takdirde, o tarihten itibaren gündelik tazminat yarıya indirilir. İşbu tazminat tıbbi tedavinin başladığı günden, sigortalının iyileşerek çalışabilecek duruma geldiği güne kadar ödenir, ancak bu müddet 200 günü geçemez.

D) Tedavi Masrafları Teminatı

Tedavi masraflarının da sigorta teminatına dahil olduğu poliçede ayrıca tasrih edilmiş olması şartı ile sigortacı, kaza gününden itibaren 1 sene zarfın-

da ihtiyar edilmiş doktor ücreti ile ilaç, radyografi, banyo, masaj, hastane ve diğer tedavi masraflarını (nakil ücretleri hariç) poliçede bu teminat için tespit olunan meblağa kadar öder.

Tabii veya sunî sabit dişlere kaza neticesinde arız olan hasarların protez masrafları tedavi masrafları müemmen meblağının azami %10'una kadar tazmin olunur.

Tedavi masrafları için sigortalının çalıştığı müessese veya kanunen mecburi sigortalar tarafından vaki tediyeler sigortacının ödeyeceği tazminattan indirilir.

Tedavi masraflarının müteaddit sigortacılar tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar Sigortacılar arasında, teminatları nispetinde paylaşılır.

Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla mes'ul üçüncü şahıslara karşı tediye ettiği meblağ kadar sigortalının yerine kaim olur.

TEMİNAT NEV'İLERİNİN İÇTİMÂİ

Madde 9 - Bir kaza, vefat ve daimi maluliyet tazminatına aynı zamanda hak kazandırmaz. Ancak daimi maluliyet tazminatı almış bulunan Sigortalı, kazanın vukuu tarihinden itibaren 1 sene zarfında ve bu kaza neticesinde vefat ettiği takdirde, hak sahiplerine, sigortalıya ödenmiş bulunan daimi maluliyet tazminatı ile vefat tazminatı arasındaki fark ödenir.

Gündelik tazminat ve tedavi masrafları vefat veya daimi maluliyet tazminatından indirilmez.

KAZANIN NETİCESİNİ AĞIRLAŞTIRAN HALLER

Madde 10 - Bir kaza sonunda husule gelen neticeler, kazadan evvel mevcut olan veya sonradan meydana gelen ve her halde kaza ile ilgisi bulunmayan hastalık, bedeni teşekkülâtin bozukluğu veya sigortalının kusuru neticesinde tedavinin kifayetsiz, yanlış veya fena yapılmış olması sebebiyle vahamet kesbederse, ödenmesi icap eden tazminat miktan husule gelmiş olan neticeye göre hesap edilmeyip, aynı kazanın tamamen sıhhatli bir kimsede tıbbi tedavinin tam ve fenni bir surette yapılmış olması şartı ile tevhit edileceği neticeye göre tayin edilir.

SİGORTA ETTİRENİN BEYAN MÜKELLEFİYETİ

Madde 11 - İşbu mukavele sigorta ettirenin beyanı esas tutularak akdedilmiştir.

Sigorta ettiren teklifname ve bunu tamamlayıcı vesikalarda kendisine sorulan suallere doğru cevap vermek ve sigortanın mevzuunun teşkil eden rizikonun takdirine müessir olabilecek hususattan kendince

bilinenleri de beyan etmekle mükelleftir. Sigorta ettiren, sigortanın daha ağır şartlarla temin edilmesi icap ettiren hallerde hakikate aykırı veya noksan beyanda bulunmuşsa:

a) Sigorta ettirenin kastı tahakkuk ederse, Sigorta Poliçesi hükümsüzdür.

b) Sigorta ettirenin kastı bulunmadığı hallerde sigortacı, rizikonun, ağırlığı ile mütenasip prim farkını almak suretile sigorta poliçesini yürürlükte tutmak veya feshetmek şıklarından birini seçer. Feshi şıkkını seçtiği takdirde, keyfiyeti, ittila tarihinden itibaren 1 ay içinde sigortalıya ihbar eder. Fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren 15 gün sonra öğleyin saat 12.00'de sigorta sona erer ve işlemeyen sigorta müddetine ait prim iade olunur. Müddetinde kullanılmayan fesih hakkı düşer. Hakikate aykırı veya noksan beyan halleri hasarı vukuundan sonra öğrenilirse, sigorta ettirenin kastı bulunan hallerde tazminat ödenmez, kastı bulunmayan hallerde, tahakkuk ettirilen primle, tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki nisbet dairesinde tazminattan indirme yapılır.

RİZİKONUN DEĞİŞMESİ

Madde 12 - Sigorta ettiren, teklifnamede beyan veya poliçenin hususi şartları içine dercedilmiş bulunan hususlarda sigorta müddeti içinde vuku bulacak bilcümle değişiklikleri -bilhassa meslek ve meşguliyet tebeeddülü, körlük ve sağırılık halleri, sar'a, kısmi veya tam felç, verem, akıl ve sinir hastalıkları gibi- sigortacıya yazılı olarak derhal ihbarla mükelleftir.

Değişiklikler rizikoyu ağırlaştırıcı mahiyette olup da sigortacıya en geç 8 gün içinde bildirilmiş ise sigortacı:

a) Munzam bir prim almak suretiyle sigortanın devamını kabul eder.

b) Veya keyfiyetten haberdar olduğu tarihten itibaren 8 gün içinde mukaveleyi fesheder.

Bu takdirde, sigorta, feshin yazılı olarak ihbarı ile sona erer ve işlemeyecek günlere ait prim, gün esasına göre iade olunur. Fesih hakkının müddetinde kullanılmaması halinde sigortanın hükmü devam eder.

Sigorta ettiren değişiklik keyfiyetini sigortacıya ihbar etmediği halde dahi sigortacı, vaki değişikliği öğrendikten sonra 8 gün içinde mukaveleyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigortanın hükmünün devamına razı olduğunu gösterir bir harekette bulunursa fesih hakkı düşer.

Munzam primin ödenmesinde uyuşulamazsa, fesih hakkını sigortalı da kullanabilir. Bu takdirde, muka-

vele feshin ihbarı ile hükümden düşer ve işlemeyecek günlere ait prim, kısa müddetli sigorta esasına göre, iade edilir. Değişiklikler rizikoyu hafifletici mahiyette olur ve primin indirilmesini icap ettirir ise değişikliğin ihbarı tarihinden itibaren prim farkı kısa müddetli sigorta esasına göre iade edilir.

Bu madde mevzuu ihbar mükellefiyeti yerine getirilmediği ve değişiklik rizikoyu ağırlaştırıcı mahiyette olduğu takdirde, sigortacı rizikonun tahakkuku halinde mes'ul olmaz. Meğerki tehlike ağırlaşması ile tahakkuk eden riziko arasında bir illiyet rabitası bulunmaya...

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTA ETTİRENİN VECİBELERİ

Madde 13 -

A) Rizikonun Gerçekleştiğinin İhbarı

Sigorta ettiren veya hak sahipleri rizikonun gerçekleştiğini öğrendikleri tarihten itibaren 5 gün içinde keyfiyeti sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

Sigorta ettiren veya hak sahipleri mezkur ihbarda kazanın yerini, tarihini ve sebeplerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan doktordan kazanın tevlit ettiği durum ile bunun muhtemel neticelerini mübeyyin bir rapor istihsal ederek sigortacıya göndermekle mükelleftir.

B) Tedaviye Başlama ve Lüzumlu Tedbirleri Alma

Kazayı müteakip derhal bir doktor çağrılarak gereken tedaviye başlanması ve kazazedenin iyileşmesi için icapeden bilcümle tedbirlerin alınması meşruttur. Sigortacı her zaman kazazedeyi muayene ve sıhhi durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına müsaade edilmesi mecburidir.

Kazazedenin tedavisi ve iyileşmesi hakkında sigortacının tabibi tarafından yapılacak tavsiyelere ve verilecek direktiflere riayet de şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında derpiş edilen vecibeler:

a) Kasten yerine getirilmediği takdirde, policeden doğan haklar zayi olur.

b) Kusur neticesinde yerine getirilmediği ve bu sebeple kaza neticeleri ağırlaştığı takdirde, sigortacı ağırlaşan kısımdan mes'ul olmaz.

C) Lüzumlu Vesaikin Tevdii

Sigorta ettiren veya hak sahipleri, kaza neticeleri ve tediyesi gereken meblağın tespiti ile ilgili olarak sigortacının isteyeceği lüzumlu vesaiki tevdi etmekle mükelleftir.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİNİ MÜTEAKİP MUKAVELENİN DURUMU

Madde 14 - Sigortacı veya sigorta ettiren tazminat tediyesini gerektiren bir kazayı müteakip sigorta mukavelesini işlememiş günler için fesih hakkını haizdir. Fesih hakkı tazminatın tediyeye edildiği günden sonra kullanılamaz.

Mukaveleyi sigortacı feshettiği takdirde, sigorta, fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren 15 gün sonra öğleyin saat 12.00'de sona erer ve işlememiş günlerin primleri, gün esasına göre, sigorta ettirene iade olunur.

Mukaveleyi sigorta ettiren feshettiği takdirde, sigorta feshin ihbarı ile hükümden düşer ve işlememiş günlere ait primler iade olunmaz.

TAZMİNATIN TESPİT ŞEKLİ

Madde 15 -

1) Bu poliçe gereğince ödenecek tazminatın miktarı evvele mirde taraflar arasında uyuşularak tespit olunur.

2) Taraflar uyuşamadıkları takdirde, tazminat miktarı gerek vefat, daimi maluliyet ve çalışmaktan muvakkaten mahrumiyet hallerinin sebepleri, gerekse maluliyetin derecesi ve gündelik tazminat veya tedavi masrafları gibi tazminat miktarının tespitine müessir maddi unsurlar göz önünde bulundurulmak suretiyle hakem bilirkişi marifetiyle tespit edilir.

a) Taraflardan her biri, kendi hakem bilirkişisini tayin ve irac ve bu iki hakem bilirkişi tespit muamelesine başlamadan evvel, uyuşamadıkları hususlar hakkında kat'i kararlar ittihazi için ve selahiyeti buna münhasır olmak üzere tayinlerinden en geç 7 gün içinde üçüncü bir hakem bilirkişi seçer.

b) Taraflardan biri, diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içinde hakem bilirkişi tayin etmezse yahut tarafların hakem bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişinin intihabı hususunda 7 gün zarfında ittifak edemezse, ikinci tarafın hakem bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi ilk müracaatta bulunan tarafın talebi üzerine, 19. madde gereğince selahiyetli mahkeme tarafından tayin edilir.

c) Sigortalı hakem bilirkişisini tayinden sonra vefat ettiği takdirde, dahi hakem bilirkişi vazifesinin intacına kadar selahiyetli kalır.

d) Hakem bilirkişilerden birinin vefatı, istifası veya reddi halinde yenisini tayin selahiyeti, hakem bilirkişisi vefat veya istifa etmiş veya reddedilmiş olan tarafa aittir. Üçüncü hakem bilirkişinin vefatı, istifası veya reddi halinde de yenisinin intihabı selahiyeti evvele-

mirde taraf hakem bilirkişilerine aittir. Bu selahiyetler (a) ve (b) bendleri hükümleri dairesinde kullanılır.

e) Taraflar, uyuştukları takdirde, tespit muamelesini tek hakem bilirkişiye dahi yaptırabilirler.

f) Taraflardan her biri, kendi hakem bilirkişisinin ücret ve masraflarını öder, üçüncü hakem bilirkişinin veya tek hakem bilirkişinin ücret ve masrafları taraflar arasında yarı yarıya taksim olunur.

g) Hakem bilirkişi heyeti veya tek hakem bilirkişi tetkikatını icrada Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'nun hükümleri ile bağlı olmayıp mutlak surette serbesttir.

h) Hakem bilirkişi kararlarına ancak Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'ndaki hakem kararlarına ait itiraz sebeplerine istinaden veya kararın aşık bir surette fenne veya hüsnüniyet kaidelerine aykırı olması halinde kararın tebliği tarihinden itibaren 15 gün içerisinde selahiyetli Asliye Mahkemesinde itiraz olunabilir.

3) Hakem bilirkişi heyetinin veya tek hakem bilirkişinin vereceği karar taraflar için kat'i ve nihai mahiyeti haizdir.

4) Tazminat miktarı taraflar arasında uyuşularak veya hakem bilirkişiler tarafından tespit edilmedikçe tazminatın ödenmesi için sigortacıdan bir guna mütalebatta bulunulamaz.

SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ

Madde 16 - Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde, temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 30 gün içinde dahi ödemediği takdirde, sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırıldığı hallerde, bu 1 aylık sürenin ilk 15 gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesin-

de ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak Sigorta ettirene bildirilir. Sigorta ettiren kimse, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ya da yazılı olarak kendisine bildirilmiş olan prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde, temerrüde düşer. Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde, sigorta teminatı durur. Rizikonun gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içerisinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.

Poliçenin ön yüzüne yazılması kaydıyla, rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esasından itibaren hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İDARE MASRAFI İLE VERGİ, RESİM VE HARÇLAR

Madde 17 - Sigorta primlerine, sigorta bedeline ve poliçeye müteallik olarak halen mevcut veya ileride vaz olunacak vergi, resim ve harçlarla poliçede gösterilen idare masrafı sigorta ettirene aittir.

İKAMETGAH

Madde 18 - Sigortanın akdinde sigorta ettiren tarafından beyan edilen ikametgah adresi poliçeye dercedilir. Sigorta ettiren ikametgahını değiştirdiği takdirde, bunu derhal taahhütlü mektupla sigortacıya bildirmeye mecburdur. Aksi takdirde, sigortacı tarafından yapılacak tebligatın sigorta ettirene ulaşmamış olmasından doğacak bütün neticelerden sigorta ettiren mes'uldür.

SELAHİYETLİ MAHKEME

Madde 19 - Selahiyetli mahkeme, davanın sigorta ettiren tarafından ikamesi halinde sigortacının merkezinin veya poliçeyi tanzim eden acentenin, sigortacı tarafından ikame edilmesi halinde ise sigorta ettirenin 18. maddede zikri geçen ikametgahının bulunduğu mahal mahkemesidir.

MÜRÜRÜ ZAMAN

Madde 20 - Sigorta mukavelesinden doğan bütün mutalebeler, 2 yılda mürürü zamana uğrar.

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!

