

MORAL DESTEK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

İÇİNDEKİLER

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	2
2. TANIMLAR	2
3. TEMİNATLAR.....	5
4. BEKLEME SÜRELERİ	5
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER.....	5
6. COĞRAFİ KAPSAM	6
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI.....	6
8. TAZMİNAT ÖDEMESİ	6
9. POLİÇENİN YENİLENMESİ ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	7
9.1 Poliçenin Yenilenmesi.....	7
9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi	8
10. PRİM TESPİTİ	8
10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler	8
10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler.....	8
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	8
11.1 Sigortalı Girişi.....	8
11.2 Başvuru ve Bilgilendirme Formu' nun Değerlendirilmesi	9
11.3 Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi.....	9
12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	9
12.1 Teminat/Plan Değişiklik İşlemleri	9
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI.....	10
13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal	10
13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	10
14. EKLER.....	11
14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	11
14.2 Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	11
14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	12
14.4 Ekonomik Yaptırımlar.....	12
14.5 Hizmetler.....	12

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Sigorta A.Ş (“Allianz”), sigorta sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde “Teminatlar” bölümünde belirtilen riski, poliçede belirtilen teminatlar, limit ve ödeme yüzdesi kapsamında işbu Moral Destek Sigortası Özel Şartları (“Özel Şartlar”) ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”), ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (“Yönetmelik”), Türk Ticaret Kanunu (“TTK”), sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

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

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

2. TANIMLAR

Sigortacı

İlgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan, Türkiye’de kurulmuş sigorta şirkettir. Bu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı Allianz’dır.

Sigortalı

Sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan ve poliçede ismi yazılı kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren

Sigortacı ile sigorta sözleşmesi 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 adından sigortalının kişisel sayfasında görüntülenebilmektedir.

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigortacının 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.

Özel Şartlar

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

Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”)

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı 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, 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.

Hizmetler

Diş Bakım Paketi gibi sigortacının, destek hizmeti sağlayıcıları aracılığıyla sigortalıya sunduğu hizmetleri ifade etmektedir.

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

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

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

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

Başvuru ve Bilgilendirme Formu

Sigortalı adayına ait bilgileri (kimlik,iletişim,sağlık beyanı,hesap numarası), poliçede belirtilen poliçe kapsamını (teminat, limit, ödeme yüzdesi gibi) ve prim ödeme planını içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen Sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren ve sigortalı adayları tarafından imzalanması gereken formdur. Bu form, Sigortacı için bir teklif niteliğindedir.

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.

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.

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.

Anlaşma Harici Sağlık Kurumu (“AHK”)

Sigortalıların, poliçelerinde yer alan Network dışında yer alan veya Allianz ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarıdır.

Tazminat

Riskin gerçekleşmesi durumunda, Poliçe Özel ve Genel Şartları ile ilgili mevzuatlar dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutarıdır.

Sonradan Ödeme

Riskin gerçekleşmesi durumunda, Özel Şartların “Tazminat Ödemesi” maddesinde belirtilen gerekli belgeleri 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 ödenmesi gereken katılım payı 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.

Prima) Tarife Primi

Sigortalının, teminatları, limitleri, ödeme yüzdesi, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterlerini dikkate alınarak belirlenen baz primi ifade eder.

b) Toplam Poliçe Primi

Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

Yeni İş Poliçe

Sigortalının, Allianz Bireysel Hastalık Sigortası ürünlerinden birini tercih ederek bireysel hastalık sigortalarında, kesintisiz olarak yer aldığı poliçelerden ilkidir.

Yenileme Poliçe

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

Zeyilname

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

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Allianz'da hastalık poliçesi kapsamında aralıksız devam eden bireysel poliçelerinde yeni iş poliçesine ilk giriş tarihidir.

3. TEMİNATLAR

Kanser hastalığı, bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, gerek yerel ve gerek uzak noktalarda kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan habis hastalıklar grubu olup, Moral Destek Sigortası, sigorta süresi içerisinde ve poliçedeki bekleme süresinin tamamlanması sonrası sigortalıya kanser hastalığı teşhisinin konması halinde seçilen plan dâhilinde sabit tazminatın ödenmesini kapsar.

Teşhis, işbu özel şartların 8 numaralı "Tazminat Ödemesi" maddesinde belirtilen evraklarla belgelendirilmelidir.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Bekleme süresi sigorta başlangıç tarihinden itibaren 90 gün olup, bu süre içerisinde teşhis edilmiş kanser hastalığı sigortanın kapsamı dışındadır.

Poliçe kesintisiz olarak yenilediği takdirde yenilenen poliçe için 90 günlük bekleme süresi uygulanmaz.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

- 1) Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı kalan haller,
- 2) Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) tazminata konu her türlü gider,
- 3) Bekleme süresi içerisinde teşhis edilmiş kanser hastalığı durumları,
- 4) Teşhis daha sonra konulmuş olsa bile, sigorta başlangıç tarihinden itibaren ilk üç ay içerisinde ortaya çıkan kanser hastalıkları,
- 5) Poliçe öncesi var olan veya bekleme süresi içerisinde tanı konmuş ancak bekleme süresi dolduktan sonra ortaya çıkan, primer kanser hastalığına bağlı her türlü durum (metastaz, primer hastalıkla illiyet bağı bulunan tüm tanılar),

- 6) Hastalığın teşhis ve tedavisi için yapılan sağlık harcamaları,
- 7) Habisleşmekte olan tümörler veya histopatolojik olarak prekanser tanımlanan durumlar,
- 8) Melanom olmayan deri kanserleri,
- 9) HIV pozitif ya da AIDS teşhisi ile birlikte olan Kaposi Sarkomu, Non-Hodgkin Lenfoma ve rahim ağzı kanserleri ile ARC(AIDS ile ilişkili durumlar) sınıfında ele alınacak diğer kanserler

poliçe teminat kapsamı dışındadır.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Türkiye sınırlarında ikamet eden kişiler için; poliçe dâhilinde bulunan hastalıkların teşhisinin Türkiye veya Türkiye dışında herhangi bir ülkede konmuş olması halinde, sigortalı tazminat talebine hak kazanabilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Kanser tazminatı poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının teminat kapsamında bulunan kanser hastalığına ilişkin teşhisin (rizikonun gerçekleşmesi), takip eden onkolog raporu ve histopatoloji raporuyla belgelemesi suretiyle bu Özel Şartlar, Genel Şartlar, TTK, Yönetmelik ve ilgili mevzuatlar uyarınca tazminat hak sahibine ödenir. Gerekli görülmesi halinde Sigortacı ek tetkik, rapor vb. isteyebilir. Sigortalı, tazminatın tespiti ile ilgili olarak Sigortacı'nın isteyeceği tüm belgeleri sağlamakla yükümlüdür.

Yabancı dilde düzenlenmiş belgelerin noter tasdikli Türkçe tercümesi Sigortacı'ya iletilmelidir. Ödemelerde, belgelerin asılları gereklidir. Ayrıca Sigortacı'nın kayıtlarında olmaması durumunda TC Kimlik Numarası / Yabancı Kimlik Numarası ve / veya Vergi Kimlik Numarası bilgisinin sigortalı tarafından bildirilmesi gerekmektedir.

Sigortacı, sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan süre içerisinde, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek Sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir.

Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde Allianz'a ulaştırmasını takiben Özel Şartlar ve TTK'da öngörülen süreler içerisinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

Ödemeler, sigortalının banka hesap numarasına havale edilir. Sigortalının yazılı olarak banka hesap numarasını bildirmesi ve ödemenin banka hesabına yatırılmasıyla Sigortacı, ödeme yaptığı tutar kadar ibra edilmiş olacaktır.

Riziko gerçekleşince ilgili poliçe kapsamında ödenecek primler, Sigortacı' nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarından indirilir. Kanser tazminatının ödenmesini takiben, ödeme yapılan sigortalı için teminat sona erer.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi, yeni iş olarak Moral Destek Sigorta poliçesine kabul edilmesinden itibaren en fazla 55 (dahil) yaşına kadar, aşağıdaki koşullarla yenilenir:

Poliçe, sigorta süresinin bitiminden önce sigorta ettiren ve Sigortacı' nın karşılıklı anlaşması ile aşağıdaki koşullarla yenilenebilir. Sigortacı' nın yenilemeye ilişkin risk değerlendirmesi yapma, poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkı saklıdır. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda Sigortacı' nın, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ve yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.

Sigortacı'nın, sigortalıdan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalı/sigorta ettiren tarafından karşılanır.

Tazminat ödemesi yapıldığında sözleşme sona erer ve poliçe yenilenmez.

Sigortacı, bu Özel Şartlar' da değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Özel Şartlar' da yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Yenileme dönemlerinde tazminat istatistikleri, enflasyon ve benzeri kriterler esas alınarak Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin sigorta bedellerinde artışlar yapılabilmektedir. Yapılan tüm değişiklikler, teklif ve poliçe üzerinde belirtilmektedir.

Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş kriterler değiştirilmeden yenilenir. Ancak, sigortalının poliçe tercihleri yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, Sigortacı'nın risk değerlendirmesi sonucunda bir önceki poliçeye en yakın teminatı içeren poliçe ile yenilenebilir.

Sigortacı'nın Moral Destek ürününün satışına son verme hakkı saklıdır. Böyle bir durumda mevcut Moral Destek Sigorta poliçesinin, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve bu tarihten sonra poliçe yenilenmez.

Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, “Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar” başlığı altında yer alan “Teminat/Plan Değişiklik İşlemleri” maddesinde belirtilmiştir.

Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, 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.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Moral Destek Sigortasında “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” uygulaması bulunmamaktadır.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Primler, Sigortacının portföy deneyimi, poliçe kapsamındaki hastalık ile ilgili Dünya ve Türkiye istatistikleri, Sigortalıların yaşı, cinsiyeti ve plan tercihleri, teminatları, gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, “Sağlık Tarife Primi”ni periyodik aralıklarla risk profilleri bazında portföyün genel performansını, enflasyon ve diğer genel ekonomik değişkenlerdeki değişimleri, dünya ve Türkiye de hastalık verilerini de dikkate alarak günceller.

Moral Destek Sigortası'nda herhangi bir indirim/ek prim uygulaması bulunmamaktadır.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Sigortalı Girişi

Sigorta kapsamına kabulde, Başvuru ve Bilgilendirme 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.

İlk başvuru tarihi, 0-50 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. Poliçenin aralıksız yenilenmesi kaydıyla, sigortalının 55 (dahil) yaşına kadar poliçesini devam ettirmesi mümkündür.

25 yaş ve altındaki bekar çocuklar, aile poliçesi kapsamında sigortalanabilirler.

Şirketimizde Moral Destek Sigortası ürününde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde aşağıda belirtilen hastalıkları/durumları geçirmemiş kişiler bu ürün kapsamında sigortalanabilir. Bu

hastalıkları/durumları geçirmiş kişilerin sigortalanmış olması halinde, Poliçe Özel Şartları 14.2 no'lu " Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi" maddesi kapsamında değerlendirme yapılır.

“Kanser tanısı almamış olduğu, herhangi bir sağlık taraması, kontrol, muayene, tetkik veya biyopsi sonucunda kanser şüphesi olabilecek hiçbir normal dışı sonuç çıkmadığı, kanser araştırması gerektiren bir sağlık sorununun olmadığı, son 6 ay içinde istem dışı kilo kaybı, alışılmışın dışında gece terlemesi, tekrarlayan ateş, dışkı ile kan gelmesi, kanlı balgam, iki haftadan uzun süren ses kısıklığı veya yutma güçlüğü şikayeti olmadığı, vücudunun herhangi bir yerinde nedensiz şişlik, sertlik; ben ve siğillerde renk ve şekil değişikliği fark edilmediği beyanlarına istinaden başvuru düzenlenir. Tazminata konu olan rizikonun gerçekleşmesi durumunda bu beyan esas alınacaktır.

Bir kişi, Moral Destek Sigortası ürünükapsamında birden fazla poliçede sigortalanamaz.

11.2 Başvuru ve Bilgilendirme Formu’ nun Değerlendirilmesi

Başvuru ve Bilgilendirme Formu’ nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler. Sigortacı’ nın bu değerlendirme neticesinde; 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.

11.3 Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Yürürlükteki poliçeye ara dönemde sigortalı girişi yapılmamaktadır.

Yürürlükteki bir poliçenin yenileme döneminde poliçeye sigortalı girişi yapılabilmektedir. Diğer aile bireylerinin (Eş, çocuk, yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) mevcut poliçeye girişleri “Sigortalı Girişi” maddesi çerçevesinde değerlendirilecek olup yürürlükte olan poliçenin Özel Şart, teminatları ve prim tarifesi ile geçerli olacaktır.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Diğer şirketten veya Allianz bireysel veya grup sağlık/hastalık poliçelerinden bu ürüne geçiş (transfer) uygulaması bulunmamaktadır.

12.1 Teminat/Plan Değişiklik İşlemleri

Poliçenin yenilenmesinde, teminat/plan değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir.

Sigorta Ettiren’in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini genişletmek istemesi durumunda Sigortacı güncel sağlık beyanı alarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda, tekrar risk değerlendirmesi yapılmaz.

Risk değerlendirmesi sonucunda teminat/plan Değişikliği uygun görülen sigortalılara; Moral Destek Sağlık Sigortası kapsamında "Bekleme Süreleri" maddesi uygulanmaz.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçenin iptal olması veya sigortalının poliçeden çıkması durumunda, Sigortacı' nın sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

Poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 90 gün içinde rizikonun gerçekleşmesi halinde poliçe tazminat ödenmeksizin sona erer ve ödenmiş primin Sigortacı tarafından riskin taşınmadığı döneme ilişkin gün esaslı üzerinden hesap edilen kısmı sigorta ettirene iade edilir.

13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

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

Sigorta ettiren tarafından poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir. Sonraki günlerde yapılan iptal taleplerinde, Sigortacı' nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

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

- Hak sahibine ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve Sigorta Ettirenin ödediği primleri aşılırsa prim iadesi yapılmaz.
- Sigorta priminin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hâllerde, riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata ilişkin primlerin tümü muaccel olur.

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

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

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

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş tazminat 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

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

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

14.2 Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve sigortalı, gerek ilk başvuru aşamasında gerekse de sigorta süresi içerisinde sağlık durumundaki değişiklikleri Sigortacı' ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının Başvuru ve Bilgilendirme Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir.

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 tazminat belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı ilgili poliçe kapsamında yaptığı tazminat ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

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

14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Şirket, 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 ilgili iletişim adreslerine bildirim yapmakla, 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 Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigorta / reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları veya reasürörün tabi olduğu yasalar veya düzenlemeler uyarınca, ticari veya ekonomik yaptırımlara, yasak ya da kısıtlamaya konu olabilecek ve kendisini yaptırıma maruz bırakacak herhangi bir teminatı vermiş sayılmayacak, böyle bir tazminatın ödenmesi veya menfaatin sağlanmasında yükümlü olmayacaktır.

14.5 Hizmetler

Sigortacının, Dış Bakım Paketi gibi destek hizmeti sağlayıcıları aracılığıyla sigortalıya sunduğu ve poliçede detayları belirtilen hizmetleri ifade etmektedir. Bu hizmetler, Teminat niteliğinde olmayıp, verilen hizmet, içerik ve uygulama bakımından farklılık gösterebilecektir. Poliçede, "Hizmetler" başlığı altında yer alan hizmetler, ilgili poliçe dönemi boyunca geçerli olacaktır.