



MORAL DESTEK SİGORTASI

Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları

İÇİNDEKİLER

MORAL DESTEK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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

MORAL DESTEK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

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. İşbu 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.

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigortacının ödeme yüzdesini veya

sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki bilgidir.

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Başvuru ve Bilgilendirme Formları ile 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, Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı 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. 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 0850 399 99 99 numaralı telefon hattıdır.

Hastalık

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

Rahatsızlık

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.

Tazminat

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

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.

Prim

a) 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 geçmesi 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. Teşhis ve tedavi için yapılan sağlık harcamaları bu sigorta kapsamı altında değildir.

Habışleşmekte olan tümörler veya histopatolojik olarak prekanser tanımlanan durumlar bu poliçe ile teminat altına alınan kanser hastalığı kapsamına girmemektedir.

4. BEKLEME SÜRELERİ

Bekleme süresi sigorta başlangıç tarihinden itibaren 90 gün olup, bu süre içerisinde teşhis edilmiş kanser hastalığı durumları sigortanın kapsamı dışındadır. Poliçe kesintisiz olarak yenilendiği 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) Hastalığın teşhis ve tedavisi için yapılan sağlık harcamaları 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

Teminatların uygulamasına ilişkin esaslar "Teminatlar" maddesinde açıklanmıştır.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

Sigortalının teminat kapsamında bulunan kanser hastalığına ilişkin teşhisin (rizikonun gerçekleşmesi), takip eden onkolog raporu ve histopatoloji raporuyla belgelemesi suretiyle işbu 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 Sigortacının isteyeceği tüm belgeleri sağlamakla yükümlüdür.

Yabancı dilde düzenlenmiş belgelerin noter tasdikli tercümesi Sigortacı'ya iletilmelidir. Ödemelerde, belgelerin asılları gereklidir. Ayrıca Sigortacı'nın kayıtlarında olmaması durumunda T.C. 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.

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

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ ve YENİLEME GARANTİSİ UYGULAMASI

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:

- Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortalının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almama ve yenileme haklarının geçerliliğini kaldırma hakları saklıdır.
- Sigortacı, işbu Özel Şartlar'da değişiklik yapabilir. Özel Şartlar'da yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Tazminat ödemesi yapıldığında sözleşme sona erer ve 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, sigortalıdan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin ulaşılabilir olması kaydıyla Sigortacı tarafından aksi takdirde sigortalı/sigorta ettiren tarafından karşılanır.

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 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.

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, Sigortalının portföy deneyimi, Sigortalının yaşı, cinsiyeti ve seçilen plan ve teminat dikkate alınarak hesaplanır.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, tarife primini periyodik aralıklarla, portföyün performansını da 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 tarihinde, 0-50 yaş aralığındaki kişiler sigortalı olabilirler. Poliçenin aralıksız yenilenmesi kaydıyla, sigortalının 55 (dahil) yaşına kadar poliçesini devam ettirmesi mümkündür.

25 yaş ve altındaki bekar çocuklar, aile poliçesi kapsamında sigortalı olabilirler. Şirketimizde Moral Destek Sigortası ürününde kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde aşağıda belirtilen hastalıkları/durumları geçirmemiş kişiler bu ürün kapsamında sigortalı olabilir. Bu hastalıkları/durumları geçirmiş kişilerin sigortalı olması halinde, Poliçe Özel Şartları

14.2 no'lu "Beyan Yükümlülüğü ve 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 ürününde, birden fazla poliçede sigortalınamaz.

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

Poliçe dönemi içerisinde aynı poliçeye, sigortalı girişi yapılmamaktadır. Sigorta ettirenin talebi ve Sigortacı'nın işbu Özel Şartlar ve ilgili mevzuatlar kapsamında talebi değerlendirmesi sonrası sigortalı adayını, sigorta kapsamına almayı kabul etmesi hâlinde bu kişiler için 1 yıllık ayrı bir poliçe tanzim edilebilir.

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

Sigortalının yenilenecek poliçesini teminat/plan değişikliği ile yenilemek istemesi durumunda Sigortacı, güncel sağlık beyanı alarak tekrar risk değerlendirmesi yapar. Değerlendirme sırasında ilave tetkik, rapor istenebileceği gibi, değerlendirme sonucunda Sigortacı, değişiklik talebini kabul etmeyebilir.

Risk değerlendirmesi sonucunda geçişi uygun görülen sigortalılara;

- Moral Destek Sağlık Sigortası kapsamında en az bir tam yıl geçirilmiş olması kaydıyla "Bekleme Süreleri" maddesi uygulanmaz.

Poliçenin yenilenmesinde, teminat/plan değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir. Sigorta ettiren teminat/plan değişikliği talep ettiği durumu Sigortacıya yazılı olarak bildirmek ve Sigortalının gerekli gördüğü durumlarda sağlık bildirimini ve istenilen tıbbi tetkiklerin sonucunu Sigortacıya iletmek zorundadır.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

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

13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

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

Sigorta ettiren 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 aşarsa 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.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde çayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağı, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi 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 Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir.

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.

14.2 Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun 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 düzenletmesi, 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 Sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o Sigortacı'ya veya reasürörü Birleşmiş Milletler kararları tahtında uygulanan bir yaptırıma, yasağa, veya kısıtlamaya ya da Avrupa Birliği'nin, Birleşik Krallık'ın veya Amerika Birleşik Devletleri'nin ticari veya ekonomik yaptırımlarına, yasalarına veya yönetmeliklerine maruz bırakabileceği ölçüde, o teminatı vermemiş sayılacak ve o tazminatı ödemekle veya o menfaati sağlamakla yükümlü sayılmayacaktır.

15. EK FAYDALAR

Sağlık tedavileriniz için Anlaşmalı Kurum indirimlerinden faydalanma:

Poliçe ile birlikte tüm sigortalılara, adlarına düzenlenmiş sigortalı tanıtım kartı verilir. Bu kart ile sigortalılara, Sigortacının hizmet ağındaki anlaşmalı kurumlarca Allianz Sigorta'ya uygulanan özel fiyatlardan yararlanma olanağı sağlanır.

Doktor Allianz:

Deneyimli doktor ve hemşirelerden oluşan kadrosu ile 7/24 çalışan, sadece Allianz sağlık sigortalılarına hizmet veren ücretsiz bir sağlık danışma hattıdır. Sağlık konusunda bir profesyonele danışma ihtiyacı duyulduğu anda, Dr. Allianz danışma hattını* arayarak, sağlık konusunda danışmanlık ve destek alabilirsiniz. Bu hizmetten faydalanmak için 444 91 17 numaralı Dr. Allianz hattını arayabilir ya da Allianz'ım mobil uygulamasını kullanabilirsiniz.

*Dr. Allianz hattı ile sadece danışmanlık hizmeti verilmekte; tanı-teşhis konulması ve ilaç önerme hizmetleri verilmemektedir.

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 dışında kalır.

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali 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 ile

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. 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 öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin 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 1 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 1 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 tebellüğ tarihinin takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esasından 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 veya
- 2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut

- 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 veya

- 2- Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir. Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer. Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

SİGORTA ÜCRETİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Madde 8

Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde nakden ödenir. Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmemiş ise sigortacının sorumluluğu başlamaz, bu şart poliçenin ön yüzüne yazılır.

Bir yıldan uzun süreli hastalık sigortalarında sigorta priminin vadesinde ödenmemesi halinde, sigortacı muaccel sigorta ücret borcunu vadesinde ödememiş olan sigorta ettirene,

noter vasıtasıyla veya iadeli taahhütlü mektupla borcunu bir ay içinde ödemesini, aksi takdirde sözleşmenin feshedilmiş olacağını bildirir. Bu takdirde sürenin sonunda borç ödenmemiş ise, sözleşme münfesi olur ve sigorta ettiren fesih tarihine kadar geçen müddete ait gün esasına göre hesaplanan ücreti sigortacıya ödemekle yükümlü olur.

Bir yıldan kısa süreli hastalık sigortalarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hanel getirmez.

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 söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor olarak 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) Kasten 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 doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

MASRAFLARIN TESPİTİ

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 tespit edilir. a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren 7 gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit 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 üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda 7 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 tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren 7 gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere 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 1 hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğerki hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında 2 yıllık süre geçmiş olsun.

ı) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

i) 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.

TAZMINATIN 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 Kanunu'nun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir. Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve dorudan bağının bulunması gerekmektedir. Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez. Sigortalı hakkındaki sirlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sirların sakli 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 2 yıllık zaman aşımına tabidir.

ÖZEL ŞARTLAR

Madde 17

Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

GRUP VE AİLE SİGORTALARINDA BİLGİLENDİRME FORMU VE KATILIM SERTİFİKASI

Madde 18

Grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalılara bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilmesi şarttır. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır. Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren 15 gün içinde verilir. 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 yukarıda belirlenen süreler içinde bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilebilir.

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

Bilgilendirme formunun ve katılım sertifikasının verildiğini ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığını ispat yükümlülüğü sigortacıya aittir. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortalının şirket internet sayfası üzerinden ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiş olup, 30.10.2015 tarihinde yürürlüğe girecektir.)



"Allianz'ım" Mobil Uygulamasını
hemen indirin!



ALLIANZ HEM WEBDE HEM MOBİLDE SENİNLE!

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.allianzsigorta.com.tr
Müşteri Hizmetleri: 0850 399 99 99



Versiyon kodu: MD_180101

1183/01.2018/10.000