

NAZAR BONCUĞU SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

İÇİNDEKİLER

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | SİGORTA KONUSU VE KAPSAMI..... | 3 |
| 2 | TANIMLAR | 3 |
| 3 | TEMİNATLAR | 9 |
| 3.1 | YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU..... | 9 |
| 3.1.1 | Yatarak Tedaviler | 9 |
| 3.1.2 | Ek Maddi Destek Teminatı..... | 12 |
| 4 | BEKLEME SÜRELERİ | 13 |
| 5 | TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER..... | 13 |
| 6 | COĞRAFİ KAPSAM..... | 17 |
| 7 | TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI | 17 |
| 7.1 | Limit Uygulaması..... | 17 |
| 7.2 | Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması | 18 |
| 7.3 | Kalan Limit Hesaplaması..... | 18 |
| 7.4 | Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network..... | 18 |
| 7.5 | Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi | 18 |
| 8 | TAZMİNAT ÖDEMESİ..... | 19 |
| 8.1 | Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler | 19 |
| 8.2 | Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi..... | 20 |
| 9 | POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ | 21 |
| 9.1 | Poliçenin Yenilenmesi | 21 |
| 9.2 | Ömür Boyu Yenileme Garantisi..... | 22 |
| 10 | PRİM TESPİTİ..... | 22 |
| 10.1 | Prim Tespitine İlişkin Kriterler..... | 22 |
| 10.2 | Prime İlişkin Düzenlemeler | 22 |
| 10.2.1 | Hastalık Ek Primi | 22 |
| 10.2.2 | Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi..... | 22 |

| | | |
|------|--|----|
| 11 | YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ | 22 |
| 11.1 | Sigortalı Girişi | 22 |
| 11.2 | Başvuru ve Bilgilendirme Formu' nun Değerlendirilmesi | 24 |
| 11.3 | Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi | 24 |
| 11.4 | Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet) | 24 |
| 12 | GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR | 24 |
| 12.1 | Ürün Değişiklik İşlemleri | 24 |
| 12.2 | Nazar Boncuğu Poliçesine Ek Bireysel Sağlık Sigorta Poliçe Değerlendirmesi | 25 |
| 13 | SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI | 25 |
| 13.1 | Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal | 25 |
| 13.2 | Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı | 26 |
| 14 | EKLER | 26 |
| 14.1 | Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini | 26 |
| 14.2 | Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi | 27 |
| 14.3 | Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri | 27 |
| 14.4 | Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler | 28 |
| 14.5 | Rücu ve İstirdat Hakkı | 28 |
| 14.6 | Ekonomik Yaptırımlar | 28 |
| 14.7 | Hizmetler | 29 |

1 SİGORTA KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Sigorta A.Ş. ("Allianz"), sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde, kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek, sigortalıya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri ve Network kapsamında aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar") ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları("Genel Şartlar"), ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu, sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

Poliçede 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 şirketidir. İşbu Özel Şartlara tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı Allianz'dır.

Sigortalı

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

Sigorta Ettiren

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

Poliçe

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

Plan

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

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Başvuru ve Bilgilendirme Formlarında 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.

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 ve ambulans gibi çeşitli hizmetler alabildikleri 0850 399 99 99 numaralı telefon hattıdır.

Hizmetler

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

Bireysel Sağlık Sigortası

Bireyin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen 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

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

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

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

Başvuru ve Bilgilendirme Formu

Sigortalı adayına ait bilgileri (kimlik,iletişim,sağlık beyanı,hesap numarası), poliçede belirtilen poliçe kapsamını (Network, 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. Sigorta ettiren/sigortalının, Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekmektedir.

İstisna

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

Sağlık Hizmet Tarifesi

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

Sağlık Kurumu

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

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu ("AK")

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

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network")

Network, policede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ("AHK")

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

Police Network'ünde 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.

d) Yurtdışı Sağlık Kurumu ("YD")

T.C. sınırları dışında hizmet veren, ilgili ülke mevzuatınca sağlık kurumu özelliği taşıyan hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik,eczane gibi kurumlardır.

Tazminat

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

a) Provizyon / E- Provizyon

Poliçede belirtilen Network'de yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme sağlık giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olması şartıyla geçerlidir.

Tazminat talebi sırasında verilen provizyon/e-provizyon son onay olmamakla beraber, Sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak gerek 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 belirtilen 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, "Tedavi Masrafları Talep Formu" ve 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.

Tedavi Masrafları Talep Formu ("TMT Formu")

Sigortalı tarafından provizyon/e-provizyon alınmaksızın yapılan sağlık gideri ödemelerinin sonradan ödeme kapsamında değerlendirilebilmesi için, tedaviye ilişkin yapılan ödemeye ait fatura bilgilerinin sigortalı tarafından doldurularak Sigortacı'ya iletilmesi gereken formdur.

Teminat

Sigortacı'nın riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahüt ettiği güvencedir.

Limit

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

Ödeme Yüzdesi

Poliçede her bir teminat için belirtilen ve 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) Sağlık Tarife Primi

Sigortalının, 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 hakedilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

d) Toplam Poliçe Primi

Sağlık Net Primi üzerine varsa Ferdi Kaza ve/veya Hayat Teminatlarına ilişkin primlerin ve vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan prim tutarıdır. 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.

Yeni İş Poliçe

Sigortalının Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih ederek bireysel sağlık sigortalarında, kesintisiz olarak yer aldığı poliçelerden ilkidir.

Transfer Poliçe

Sigortalının Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinden birini tercih ederek bireysel sağlık sigortalarında, diğer sigorta şirketlerinden veya Allianz Grup Sağlık poliçelerinden geçiş yaparak, teminat altına alındığı poliçedir.

Yenileme Poliçe

Sigortalının Allianz Bireysel Sağlık 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 aralıksız devam eden bireysel sağlık sigortası poliçelerinde yeni iş veya transfer poliçesine ilk giriş tarihidir.

Acil Durum

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla 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 | Menenjit |
| Ani Felçler | Mide Perforasyonu |
| Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar | Renal Kolik |
| Apandisit | Sinir Kopması |
| Beyin Apsesi | Soğuk veya Sıcak Çarpması |
| Ciddi Genel Durum Bozukluğu | Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri |
| Ciddi İş Kazası | Suda Boğulma |
| Darbeye bağlı iç organ zedelenmesi | Tahriş Edici Gazların Teneffüsü |
| Diabetik ve Üremik Koma | Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları |
| Donma | Trafik Kazası |
| Eklampsi tanısı alınmış olması halinde, gebelik zehirlenmesi | Travmaya bağlı her tip suture gerektiren cilt kesikleri |
| Elektrik Çarpması | Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar |
| Ensefalit (Beyin İltihabı) | Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum |
| Epilepsi Krizi | Tüm Kırık ve Çıkıklar |
| Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıkları | Uzuv Kopmaları |
| Gebelik düşüklerine bağlı jinekolojik hormonal kanamalar hariç her türlü iç organ kanaması | Yılan, akrep veya örümcek sokması sonucu oluşan ciddi alerjik tablolar |
| Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri | Yüksek Ateş (38 derece ve üzeri) |
| Hipertansiyon Krizleri | Yüksekten Düşme (intihara teşebbüs hariç) |
| Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar | |

3 TEMİNATLAR

3.1 YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

Aşağıda detayları belirtilen Yatarak Tedaviler ve Ek Maddi Destek Teminatlarını kapsamakta olup, aynı kaza, hastalık/rahatsızlık için Yatarak Tedaviler Teminatı ile Ek Maddi Destek Teminatı'ndan sadece biri için tazminat ödemesi yapılabilir.

3.1.1 Yatarak Tedaviler

Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz Tedavi ve Tetkikleri, Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi, Suni Uzuv ile Ambulans giderleri poliçede belirtilen Network (anlaşmalı sağlık kurum ağı), coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde “Yatarak Tedaviler” limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

Anlaşma Harici Kurumlarda her bir doktor hizmeti “Sağlık Hizmet Tarifesi” ile de sınırlıdır. Anlaşma Harici Kurumlarda hastane yatak, yemek ve refakatçi giderleri ise poliçede belirtilen günlük limit ile sınırlıdır.

3.1.1.1 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, ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaçlara ilişkin sağlık giderleri, “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminatı kapsamındadır.

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

Tüm ameliyat ve yatarak tedavi işlemlerinin ardından hastaneden taburcu olunmasından sonraki süreçte hastalığın seyrini takip etmek için yapılan doktor takibi ile kontrol tetkikleri bu teminat dışındadır.

3.1.1.1.1 Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar, kalp pili , ICD (kalp içi ritim düzenleyici), , meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatları, memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, ESWT/ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, Koroner Anjiyografi, 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.

3.1.1.1.2 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, “Ameliyatsız Tedavi” teminatı kapsamında karşılanır.

3.1.1.1.3 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri

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

Kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz işlemlerini izleyen süreçte hastalığın seyrini takip etmek için yapılan doktor takibi ile kontrol tetkikleri bu teminat dışındadır.

3.1.1.2 Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem

3.1.1.2.1 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 ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır. Bu işlemlerin “Sağlık Hizmet Tarifesi”ne göre 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi işlemlerinde “Acil Durum” tanımına uyan ve uygulanacak tedavinin veya işlemin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, 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 kapsam dışıdır.

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.

3.1.1.2 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/müşahede) ait sağlık giderleri ile bu kapsamda yapılacak işlemlerde kullanılacak malzeme, ilaç, doktor ücretleri ile "Acil Durum" tanımına uygun olması ve uygulanacak tedavinin veya işlemin poliçe 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 kapsam dışıdır.

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

Teminat kapsamına girmeyen her türlü ilacın enjeksiyonu bu teminat kapsamı dışındadır.

3.1.1.3 Suni Uzuv

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 vücuda implante edilen cihazlardan; PCA, koklear implantlar, insülin pompası ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile poliçede belirtilen "Sunı Uzuv" teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.1.1.4 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 hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir.

3.1.2 Ek Maddi Destek Teminatı

Sigortalının Poliçe Özel ve Genel Şartları çerçevesinde teminat kapsamında kabul edilen kaza, hastalık ve rahatsızlıkları nedeniyle poliçe geçerlilik süresi dâhilinde ameliyathane koşullarında en az bir cilt kesisi eşliğinde ve hastanede gece yatmayı gerektirecek cerrahi müdahale (ameliyat) olması veya 1 günden uzun süreli (en az 2 gece) yoğun bakımda kalmayı gerektirecek bir tedavi alması durumunda poliçe üzerinde belirtilen tazminattır.

Ek Maddi Destek Teminatı'nın özellikleri ve Sigortalının bu tazminata hak kazanabilmesi için gerekli koşullar aşağıda listelenmiştir:

- 1) Tedavinin bir resmi sağlık kurumu'nda (Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri, devlet üniversiteleri tıp fakülteleri'ne bağlı üniversite hastaneleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı hastaneler, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi, Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi) gerçekleşmiş olması ve ameliyat giderlerinin 5510 sayılı kanun gereği kişinin Genel Sağlık Sigortası'ndan karşılanmış olması,
- 2) Yapılan müdahalenin en az bir cerrahi kesi eşliğinde yapılması ve Sağlık Hizmet Tarifesi'nde yer alması,
- 3) Yapılan müdahalenin bu poliçe özel ve genel şartlarına göre teminat kapsamında olan bir kaza, hastalık veya rahatsızlık için yapılması,
- 4) Bu tazminata hak kazanılabilmesi için işbu özel şartların 'Tazminat Ödemesi' maddesinde yer alan tüm belgelerin taburcu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde iletilmesi gerekmektedir.
- 5) Ek Maddi Destek Teminatı'nın kullanılması durumunda aynı tedavi için poliçedeki diğer teminatlar kullanılamaz.
- 6) Tazminat bedelinin belirlenmesinde sadece yapılan en büyük işlemin birimi dikkate alınır.

Bu tazminat aynı kaza, hastalık ve/veya rahatsızlık nedeniyle bir poliçe yılı içerisinde sadece 1 kez kullanılabilir.

Ek Maddi Destek Teminatı kapsamındaki tazminat ödemeleri poliçede tanımlı kategoriler dikkate alınarak teminat limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde karşılanır. Kategorilerin belirlenmesinde ameliyatlı yatışlar için "Sağlık Hizmet Tarifesi"nde yer alan tedavi birimleri, yoğun bakımda gerçekleşen tedaviler için ise yoğun bakımda geçirilen gece sayısı dikkate alınır.

4 BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıdaki hastalıklar/rahatsızlıklar ile ilgili tüm tedaviler, komplikasyonlar, sigorta kapsamına dahil olunduktan 12 ay sonra teminat kapsamına alınır.

- Safra kesesi ve/veya safra yolları hastalıkları,
- Her türlü fitik,
- 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

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

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

- Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan hastalıklar ile poliçede istisna uygulanmış hastalıklar poliçe teminat kapsamı dışındadır.

5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
3. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;
 - Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar,

- Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, tanınması ile ilgili tetkikler
 - Büyüme ve gelişme bozuklukları,
 - 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
 - Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları,
 - Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
 - Keratokonus,
 - Pes Planus, Halluks Valgus,
 - Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,
 - Jinekomasti ve
 - Obezite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,
4. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
 5. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
 6. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
 7. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
 8. Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
 9. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansial hastalıklar ile ilgili her türlü gider,
 10. Aşağıda belirtilen yerlerde ve sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü işleme ait giderler
 - 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,
 11. Yapıldığı kuruma 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,
 12. Telenjiektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyültme, küçültme ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma(liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurumasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging)

- tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
13. Sigortalı'ya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA"), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve/veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,
 14. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemle özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
 15. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,
 - a. Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri(check-up) tetkiklerine ait her türlü gider,
 - b. Güncel ulusal-uluslararası tanı-tedavi kılavuzlarında yer almayan ve/veya endikasyon bulunmadan talep edilen tarama amaçlı tetkik ve tedavilere ait giderler,
 - c. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetkiklerine ait her türlü gider,
 - d. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu(sarıklık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
 - e. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
 16. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü apacey,
 17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,
 - a. T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,
 - b. 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) ,
 - c. Sağlık Bakanlığı ara ürün ruhsatlı ilaçlar (antiseptik solüsyonlar ve serum fizyolojik içeren burun spreyleri hariç)
 - d. Sağlık Bakanlığı CE belgeli ilaçlar (İnsülin iğne uçları ve sodyum hiyalüronat içeren intraartiküler eklem içi enjektörleri hariç)
 - e. İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
 18. Her türlü aşı giderleri,

19. Obezite ve aşırı zayıflık ile ilgili muayene, tetkik ve tedaviler, 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,
20. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
21. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;
 - a. Gözlük ve lens giderleri,
 - b. Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,
 - c. Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşıklık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi),
22. Ses ve konuşma terapileri,
23. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla(AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
25. Doğum ve Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,
 - a. Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -Anti Müllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
 - b. Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
 - c. Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
26. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
27. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkürinata vb.) ve molluscum contagiosum tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,
28. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
29. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızağı, yüksekte atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,
30. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider

- a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
 - b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,
 - c. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,
31. 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,
 32. Suni UzuV tanımında belirtilmemiş her türlü suni uzuv giderleri,
 33. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider,
 34. 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),
 35. Bu ürün sadece yatarak tedavilerden oluşmaktadır. Poliçede belirtilen teminat tablosu ve açıklamaları ile poliçe özel şartları'nın 3 no'lu "Teminatlar" maddesinde yer alan teminat açıklamaları ve kapsamında yer almayan her türlü gider (örneğin: ayakta tedavi, doğum gibi),
 36. Yurtdışında gerçekleşen her türlü gider,
 37. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanununun 98/2 maddesi gereğince sigortalıların ödemek ile yükümlü olduğu katılım payları,
 38. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü gider,
 39. Allianz'ın kurumsal internet sitesinde "Online İşlemler" adımı altında bulunan "Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi'nde" yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider
 40. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.

6 COĞRAFİ KAPSAM

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası poliçesi ile sadece Türkiye sınırları içerisinde gerçekleşen sağlık giderleri karşılanmaktadır.

7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1 Limit Uygulaması

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

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

Poliçe dönemi içerisinde yatarak tedaviler kapsamında karşılanan sağlık giderleri ile ek maddi destek teminatı kapsamında ödenen tazminatlar toplamı, poliçe üzerinde belirtilen 'Maksimum Yıllık Poliçe Limiti'ni aşamaz.

7.2 Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması

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

7.3 Kalan Limit Hesaplaması

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

7.4 Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Network dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları Şirketimizin kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

Sigortacı, Network dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network 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. Poliçede belirtilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması, 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 kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

7.5 Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

- Poliçede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede belirtilen Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için "Sağlık Hizmet Tarifesi" ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Anlaşma Harici Kurumlarda hastane yatak, yemek ve refakatçi giderleri ise poliçede belirtilen günlük limit ile sınırlıdır.

- Poliçede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Anlaşmasız Doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için “Sağlık Hizmet Tarifesi” ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Poliçede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için “Sağlık Hizmet Tarifesi” ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri'nde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için “Sağlık Hizmet Tarifesi” ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır. Anlaşma Harici Kurumlarda hastane yatak, yemek ve refakatçi giderleri ise poliçede belirtilen günlük limit ile sınırlıdır.
- Ek Maddi Destek Teminatı, taburcu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde başvurulması durumunda, poliçede belirtilen ameliyatın bulunduğu kategori teminat limit ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Aynı kaza, hastalık/rahatsızlık için Yatarak Tedaviler Teminatı ile Ek Maddi Destek Teminatı'ndan sadece biri için tazminat ödemesi yapılabilir.

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

8 TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının poliçe ve teminatları için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelere uygun olarak Sigortacı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

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

Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra “Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi” bölümünde açıklanan evrakları ile Sigortacı'ya başvurarak bu giderlerini “Tedavi Masrafları Talep Formu” (“TMT Formu”) ekinde talep etmesi durumunda bu masraflar, sonradan ödeme sürecinde değerlendirilerek Sigortacı tarafından karşılanır.

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

8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

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

1. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

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

2. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu)" ekinde talep etmesi gerekmektedir. Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, anlaşma harici sağlık kurumları için geçerli olan teminat limitleri ve ödeme yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından tazmin edilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.
- Sağlık giderinin ait olduğu sigortalı adına düzenlenmiş, Tedavi Masrafları Talep Formu "TMT Formu"; doldurulmalıdır. Ekinde;
- Fatura veya Serbest Meslek makbuzu aslı,
- Faturanın alınmadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
- POS fişi iletildiğinde, üzerinde hizmeti alan kişinin adı-soyadı ile birlikte doktor kaşe ve imzası olmalı veya hizmeti alan kişiye ait doktor raporu eklenmelidir.
- Faturada birden çok kalem varsa (Örn; yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri
- Reçete aslı, ilaç küpürlerinin asılları ve barkodları,
- Tetkik istem formu ve sonuçları (fotokopi olabilir)
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
- Müdahalelerde teşhis/tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. (Doğrudan Ödeme aşaması dahil)

Doğrudan ve Sonradan Ödeme sürecinde, Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir.

Bahse konu masraflar sigortalının teminatının bulunması durumunda poliçesinden, aksi takdirde sigortalı tarafından karşılanır.

9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi, yeni iş veya transfer olarak Nazar Boncuğu Sağlık Sigorta poliçesine kabul edilmesinden sigortalının en fazla 60 (dahil) yaşına kadar, aşağıdaki koşullarla yenilenir:

- Sigortacı'nın yenilemeye ilişkin poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkı saklıdır.
- Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortacının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerin teminat altına alınması ile yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.
- Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda beyan edilen hastalık ve rahatsızlıklar için sigortaya kabulde istisna ve/veya hastalık ek primi uygulanmışsa tekrar değerlendirilmez.
- Sigortacı, Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası özel şartlarında değişiklik yapabilir, özel şartlarda yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.
- Yenileme dönemlerinde kullanım istatistikleri, enflasyon ve benzeri kriterler esas alınarak Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin sigorta bedellerinde artışlar yapılabilmektedir. Yapılan tüm değişiklikler, teklif ve poliçe üzerinde belirtilmektedir.
- Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde kriterler değiştirilmeden yenilenir. Ancak, sigortalının poliçesindeki kriterleri yenileme döneminde geçerli değilse, Sigortacı'nın değerlendirmesi ile poliçe kriterlerine en yakın karşılıkları ile yenilenebilir.
- Sigortacı'nın Nazar Boncuğu ürününün satışına son verme hakkı saklıdır. Böyle bir durumda mevcut Nazar Boncuğu Sigorta poliçesinin, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve bu tarihten sonra poliçe yenilenmez.

Nazar Boncuğu poliçesi yürürlükte olan bir sigortalı aynı zamanda şirketimizin daha kapsamlı olan bireysel bir sağlık sigortasını da ek olarak alması durumunda, bir sonraki yıl Nazar Boncuğu poliçesinin yenilemesi yapılmaz.

Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" başlığı altında yer alan "Ürün 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, sigortalı tarafından karşılanır.

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 ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası kapsamında "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" uygulaması bulunmamaktadır.

10 PRIM 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 portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri 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.

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

10.2.1 Hastalık Ek Primi

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

10.2.2 Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası'nda Hasarsızlık İndirimi ve Tazminat Ek Primi 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, 0-55 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. Poliçenin aralıksız yenilenmesi kaydıyla, sigortalının 60 (dahil) yaşına kadar poliçesini devam ettirmesi mümkündür.

0-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanma talepleri, sadece sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla değerlendirilecektir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.

Bir kişi, Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası ürününde birden fazla poliçede sigortalanamaz.

Bireylerin sigorta kapsamına alınabilmesi için tamamen sağlıklı olması ve aşağıda belirtilen hastalıklar ile ilgili tanı almamış/ tedavi görmemiş olmaları gerekir.

| | |
|---|--|
| Bağırsak Hastalıkları | Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları |
| Deri ve/veya Lenf Bezi Hastalıkları | Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar |
| Eklemler Hastalıkları(Diz,Kalça,Omuz gibi) | Göz Hastalıkları |
| Endokrin Sistem Hastalığı(Hormon Bozuklukları gibi) | Karaciğer,Safra,Pankreas ve Dalak Hastalıkları |
| Fitikler(Kasık, Göbek gibi) | Her Tür Kanser, Kötü Huylu Kitle/Tümör |
| Kalp ve Damar Hastalığı | İyi Huylu Kist, Kitle/Tümör |
| Kan Hastalıkları | Burun, Kafa Sinüs, Konka Hastalıkları |
| Kas,Kemik Hastalıkları (Kırık/Çıkıklar dahil) | Şeker Hastalığı, İnsülin Direnci, Glukoz Metabolizma Bozukluğu |
| Kulak ve Denge Sistemi Hastalıkları | Meme Hastalıkları |
| Omurga Hastalıkları(Boyun, Sirt ve Bel) | Prostat ve Testis Hastalığı |
| Psikiyatrik Hastalık | Rahim ve Yumurtalık Hastalığı |
| Romatizmal Hastalık | Varis |
| Anorektal Hastalıklar(Basür,Fistül gibi) | Akciğer/Solunum Yolu Hastalıkları |
| Tansiyon Hastalığı | Tiroid ve Paratiroid Bezi Hastalıkları |
| Yemek Borusu,Mide ve Duodenum Hastalıkları | Sinir Sistemi,Beyin/Beyin Damar Hastalıkları |
| Büyüme ve Gelişme Geriliği | VKI=Kilo/(boy) ² indeksinin 35 ve üstünde veya 15 ve altında olması |

11.2 Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi

Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının; 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.

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.

11.4 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. İptal edilen bir poliçenin tekrar yürürlüğe girmesi için Başvuru ve Bilgilendirme Formu doldurulması gerekmektedir. Poliçe iptalinden 30 gün içerisinde meriyet talebinde bulunulan başvurularda "Sigortacı'nın poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi, Acil Durum Poliçesi, Hastalık Poliçesi ve/veya Bireysel/Grup Sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı, ekinde verilen sağlık poliçeleri, Nazar Boncuğu Sağlık sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

Diğer sigorta şirketlerinden veya Allianz'ın diğer bireysel /grup sağlık poliçelerinden geçişlerde diğer ürünlerde varsa kazanılan haklar devredilmez, poliçe yeni iş poliçesi olarak değerlendirilir.

12.1 Ürün Değişiklik İşlemleri

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

Sigortalının yenilenecek poliçesini Şirketimizdeki diğer bireysel sağlık sigortası ürünlerinden biri ile yenilemek istemesi durumunda, Sigortacı güncel sağlık beyanı

olarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Değerlendirme sırasında ilave tetkik, rapor istenebileceği gibi değerlendirme sonucunda ek prim ve/veya istisna uygulanabilir ya da geçiş talebi kabul edilmeyebilir. Risk değerlendirmesi sonucunda geçişi uygun görülen sigortalılara;

- Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası kapsamında en az bir tam yıl geçirilmiş olması kaydıyla “Bekleme Süreleri” maddesinde belirtilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmaz.
- Sigortalının geçişi yaptığı ürün mr Boyu Yenileme Garantisi içeren bir rnse Nazar Boncuğu’nda geçirilmiş olan tam yıllar mr Boyu Yenileme Garantisi hesabında kullanılmaz.

12.2 Nazar Boncuğu Poliçesine Ek Bireysel Sağlık Sigorta Poliçe Değerlendirmesi

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası kapsamında yürürlükte olan poliçeye, ek yapılacak olan şirketimizin diğer bireysel sağlık sigorta poliçesi “yeni iş” olarak değerlendirilir ancak en az bir tam yıl sigortalılık tamamlanmış ise “Bekleme Süreleri” maddesinde belirtilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmaz. Bu şekilde ek bireysel poliçesi olan sigortalıların Nazar Boncuğu sağlık sigortası yenilenmez.

şirketimizde Nazar Boncuğu dışındaki diğer bireysel sağlık sigortası kapsamında yürürlükte olan poliçeye, ilave olarak Nazar Boncuğu sağlık sigortası ürünü sunulmaz.

13 SİGORTA SöZLEşMESİNİN SONA ERME ESASLARI

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

13.1 Primlerin denmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

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

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 günlük süreyi açan tüm iptal taleplerinde, Sigortacı’nın sorumluluğunun devam ettiği sreye tekabül eden prim gün esası 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:

- 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 aşıyor, ancak Sigorta Ettirenin 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 aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Police 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. Kanuni varislerin sözleşmenin devamını kabul etmediği durumda, şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre kanuni varislere iade edilir ve sigortalıya konu hakkında yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır.

Sigortalının vefatı durumunda şirketin hak etmediği prim sigorta ettirene, vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislerine sözleşme özel şartlarına göre iade edilir. Sigortalının tedavi görürken vefat etmesi durumunda, tedavi süresi içerisinde oluşan giderler sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde sağlık hizmeti sunucusuna veya kanuni varislerine ödenir.

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 sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının başvuru aşamasındaki 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, 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 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 ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

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

14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

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 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 yapılana 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 Kuruluşları'na 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 edebilir.

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.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

14.6 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.

14.7 Hizmetler

Sigortacının, Diş 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.