

Allianz 



Allianz

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Özel ve Genel Şartlar

İçindekiler

1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	1
2 TANIMLAR	1
3 TEMİNATLAR	5
3.1 Yatarak Tedaviler	5
3.2 Evde Bakım ve Tedavi	6
3.3 Suni Uzuv	6
3.4 Tıbbi Malzeme	6
3.5 Ambulans	6
3.6 Ayakta Tedaviler	6
3.6.1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	6
3.7 Doğum	7
4 BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAK EDİŞİLERİ	7
4.1 Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi	7
4.2 Doğum Teminatı Bekleme Süresi	7
5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	7
6 COĞRAFİ KAPSAM	10
7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	10
7.1 Limit ve Katılım Payı Uygulaması	10
7.2 Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	11
7.3 Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	11
8 TAZMİNAT ÖDEMESİ	12
8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	12
8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	12
9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	13
9.1 Poliçenin Yenilenmesi	13
9.2 Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi	14
10 PRİM TESPİTİ	15
10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler	15
10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler	15
10.2.1 Hastalık Ek Primi	15
10.2.2 Hasarsızlık İndirimi	15
10.2.3 Fark Primi Zeyli	16
10.2.4 Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması	16
10.2.5 Diğer İndirimler	16
11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	16
11.1 Sigortalı Girişi	16
11.2 Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi	16
11.3 Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi	17
11.4 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)	17
12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	17
12.1 Ürün/Teminat Değişiklik İşlemleri	17
12.2 Geçiş (Transfer) İşlemleri	18
13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	18
13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal	18
13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	18
14 EKLER	19
14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	19
14.2 Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi	19
14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	20
14.4 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	20
14.5 Rücu ve İstirdat Hakkı	20
14.6 Ekonomik Yaptırımlar	20
14.7 Terör Klozu	20
14.8 Hizmetler	21
SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI	22
Teminat Dışı Kalan Haller	22
Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller	22
Sigortanın Coğrafi Sınırı	22
Sigortanın Başlangıcı ve Sonu	22
Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü	23
Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü	23
Primin Ödenmesi ve Sigortalının Sorumluluğunun Başlaması	23
Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri	24
Masrafların Tesbiti	24
Tazminatın Sonuçları ve Sigortalının Halefiyet Hakkı	25
Müşterek Sigorta	26
Sırların Saklı Tutulması	26
Tebliğ ve İhbarlar	26
Yetkili Mahkeme	26
Zaman Aşımı	26
Özel Şartlar	26

Allianz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Sigorta A.Ş. ("Allianz"), sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde,

- Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK"), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve buna ilişkin Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, Sigortalının bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarında alınan sağlık hizmetleri ile ilgili ilave ücret tutarlarını,
- Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinde kalan tutarlarını,
- Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarları ve işbu özel şartlarla sınırlı olmak koşuluyla SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedellerini

Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar"), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ("Yönetmelik") ve işbu Özel Şartlara ("Özel Şartlar") uygun olarak teminat altına alır.

Bu sigorta sözleşmesi sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış ve GSS hak sahipliği olan kişiler için geçerli olup, GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, GSS hak sahipliği aktif olmadığı sürece poliçe teminatlarından faydalanamazlar.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı

ayrı geçerli olup, poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

2. TANIMLAR

Sigortalı

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

Sigortalı

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

Sigorta Ettiren

Sigorta sözleşmesinin tarafı olan ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda bulunan gerçek veya tüzel kişidir.

Poliçe

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sözleşmesini belgeleyen evraktır. Poliçenin bir örneği Allianz'ım mobil uygulamasında ve www.allianz.com.tr Online İşlemler adından sigortalının kişisel sayfasında görüntülenebilmektedir.

Plan/Ürün Etiketleri

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

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

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

Özel Şartlar

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

Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”)

Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SEDDK) 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.

Bireysel Sağlık Sigortası

Bireyin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen veya bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Hastalık

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

Hizmetler

Check-up, Diş Bakım Paketi, Diyetisyen ve Psikolojik Destek gibi sigortacının, destek hizmeti sağlayıcıları aracılığıyla sigortalıya sunduğu hizmetleri ifade etmektedir.

Rahatsızlık

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

Mesleki Hastalık

Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işini yürütürken gerçekleşen geçici veya sürekli bedensel veya ruhsal hastalık halleridir. (örnek: Asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis gibi)

İş Kazası

Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, yürütülmekte olan iş nedeniyle veya sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere gidiş geliş sırasında meydana gelen travmatik hastalıkları ifade eder. (örnek: kalıp imalatında pres makinasına elin sıkışması, inşaat onarımı sırasında yüksekten düşme gibi)

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan her türlü hastalık veya rahatsızlıktır.

İstisna

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

Genel Sağlık Sigortası (“GSS”)

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

SGK Katılım Payı

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

Sağlık Uygulama Tebliği (“SUT”)

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğidir.

İlave Ücretler

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

Sağlık Kurumu

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

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu (“AK”)

Sigortacı'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için sözleşme yapmış olduğu ve aynı zamanda GSS kapsamında SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan (SGK tarafından da anlaşmalı olarak kabul edilen) ve Sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı (“Network”)

Network, sigorta ettiren tarafından tercih edilmesi sebebiyle poliçede yer verilen anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu (“AHK”)

Sigorta ettirenin, poliçede tercih etmiş olduğu Network dışında yer alan ve SGK ile anlaşmalı olup Allianz ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarını ifade eder.

Poliçede tercih edilen Network'te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda görev yapan ancak Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar “Anlaşma Harici Sağlık Kurumu” olarak değerlendirilir.

Tazminat

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

a) Provizyon / E- Provizyon

Poliçede tercih edilmiş Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavilerin 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/ eprovizyon son onay olmamakla beraber, Sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. İleriye yönelik alınacak olan provizyon/ eprovizyonlarda Poliçe Özel ve Genel Şartları'nda yer alan hakların kullanılabilmesi için tahakkuk tarihi esas alınır.

b) Tahakkuk

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden provizyon/e-provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, poliçe teminat ve limitleri, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirerek, sağlık kurumlarına ve/veya sigortalı/sigortalılara ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verme aşamasıdır.

c) Doğrudan Ödeme

Poliçede tercih edilen Network' te gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon/e-provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet almasıdır. 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 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 paylarının 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 priminin ilave edilmesi ile oluşan prim tutarıdır.

c) Sağlık Net Primi

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim 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.

Allianz Sağlıklı Puan

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

Zeyilname

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

Sigorta Başlangıç Tarihi

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

Triyaj Uygulaması

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil Alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

Terör

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

Uzaktan Sağlık Hizmeti

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

Uzaktan Sağlık Bilgi Sistemi

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

Vivy

Vivy, Allianz müşterilerine yönelik tasarlanmış ücretsiz bir dijital sağlık asistanı mobil uygulamasıdır. Bu uygulama üzerinden,

poliçede bu kapsamda hizmet bulunması kaydıyla, anlaşmalı sağlık kurumları tarafından uzaktan sağlık hizmetleri sunulur. Ayrıca Vivy kişiselleştirilmiş içerikler, ilaç planı ve semptom sorgulama gibi özellikleri ile sağlık takibine olanak sağlar. Detaylara www.allianz.com.tr üzerinden ulaşabilirsiniz. Allianz'ın Vivy uygulaması içeriğinde poliçe döneminde değişiklik yapma ve/veya uygulamayı kapatma hakkı saklıdır. Uygulama, Apple (appstore) ve Android (playstore) uygulama mağazaları üzerinden indirilebilir.

3. TEMİNATLAR

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

3.1. Yatarak Tedaviler

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapıncaya kadar uygulanan ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yapılan yatarak tedavileri (oda / yoğun bakım odası, refakatçinin (1 kişi ile sınırlıdır) yatak ve yemek giderleri dahil), kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri ve ayakta veya yatarak gerçekleştirilmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile ilgili giderler (doktor uygulama ücretleri dahil, doktor muayene ücretleri hariç), koroner anjiyografi ile yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan ve SUT kapsamında gününbirlik tedaviler kategorisinde belirtilen işlemler bu teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.2. Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar ve yurtiçinde uygulanmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu teminat, sigortalının tercih ettiği planda varsa poliçede belirtilir ve sadece anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir.

3.3. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan uzvunu yerine koyma amacıyla takılan protezler ile bu protezlerin bakımları bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Suni uzvun yerine koyma işleminin veya bakımının ilgili poliçe dönemi içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir.

SGK tarafından kapsam altına alınmış ve SUT bedeli üzerindeki suni uzuv giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak karşılanmaktadır.

3.4. Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbasından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ile hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Ayakta Tedavi ve Doğum teminatları kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede ilgili teminatlar varsa bu teminat kapsamında karşılanır.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenecek Sigortacı'nın onaylanması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

3.5. Ambulans

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

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

3.6. Ayakta Tedaviler

Ayakta Tedaviler, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir. Sağlık kurumlarında yatış gerçekleşmeden sağlanan doktor tarafından fiziki olarak yapılacak muayene, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler, poliçede tercih edilmesi kaydıyla, poliçede belirtilen teminat limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır. Fiziki doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır.

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

3.6.1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, fiziki muayene sonrasında, fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı düzenlenmesi durumunda, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

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

Sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri (yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi) karşılanmaz.

3.7. Doğum

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

Bu teminat, poliçede tercih edilmesi ve "Bekleme Süreleri ve Teminat Hakedişleri" maddesinde belirtilen bekleme süresinin tamamlanması halinde geçerlidir.

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

Gebelik ilgili periyodik fiziki olarak yapılacak doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST,Down üçlü tarama vb.), Ayakta Tedaviler teminatının poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerli olup poliçede belirtilen Gebelik Rutin Kontroller teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

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

4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ

4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi

Kırmızı Alan durumları hariç olmak üzere, yatarak tedavi kapsamındaki tüm işlemler/ tedaviler (bekleme süresi uygulanan yatarak tedavi işlemi ile ilişkili evde bakım, suni uzuv ve tıbbi malzeme teminat giderleri dahil) ile tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler,

sigorta kapsamına dahil olunduktan 3 ay sonra kapsama alınır.

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.

4.2. Doğum Teminatı Bekleme Süresi

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelik ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için, bu teminatın poliçeye dahil edilmesinden itibaren en az 12 ay sigortalılık süresinin tamamlanmış olması gerekmektedir. Doğum teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın bir önceki yılda da seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler, seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır. 12 aylık bekleme süresinden sonra gebelik başlangıç tarihine bakılmaksızın doğum teminatı devreye girer.

Yenileme döneminde; doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar 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, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Teşhis ve tedavinin uygulandığı tarihte GSS kapsamında olmayan ve GSS tarafından ödenmeyen, GSS müstehaklığının olmadığı dönemde oluşan her türlü sağlık gideri ile 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

Kanunu'nun 98.maddesi gereğince sigortalıların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,

2. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı kalan haller,

3. SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider,

4. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen veya SGK'nın muadil malzeme fiyatları üzerinden ödeme yaptığı durumlarda Anlaşmalı Kurumlarla yapılan protokol dahilinde kullanılanlar dışında kalan her türlü malzeme ve ilaç, mama, tatlandırıcı, 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 ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,

5. Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç,

6. Sigorta/Police başlangıç tarihinden önce var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,

7. Police başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar,
- Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç),
- Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,
- Obezite ve metabolik sendrom ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri

8. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum

Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,

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

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

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

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

13. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansiyel hastalıklar ile ilgili her türlü gider,

14. Huzurevi, bakımevi, palyatif bakım merkezleri, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider(fizik tedavi dahil) ile sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider,

15. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, kaplıca tedavileri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, ve PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma), PRF (Platelet Rich Fibrin), apiterapi, fitoterapi, sülük, kupa, hacamat, larva uygulama, müzikterapi, magnetoterapi, PERTH ((Pulsating Energy Resonance Therapi) gibi her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,

16. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına bakılmaksızın telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, 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,

17. Estetik amaçlı diş tedavileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik ve pedodontik tedaviler,

18. 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), 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,

19. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,

20. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak; a) Gözde kırılma kusurunu (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) düzeltici operasyonlar ve ilgili her türlü ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler gibi), tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri, b) Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşılık ameliyatları,

ortoptik tedaviler gibi), c) Gözlük, lens giderleri

21. Ses ve konuşma terapileri,

22. Genital veya anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondolima akkümünata vb.) ve molluscum contagiosum muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,

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

24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,

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

her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,

28. Obezite, aşırı zayıflık ve bunların komplikasyonları 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,

29. Bruksizm (diş sıkma ve gıcırdatma) hastalığıyla ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

30. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan (telefon, ulaşım, konaklama, ilaç gümrük bedelleri gibi) her türlü gider,

31. Sağlık kurumu tanımına uyan veya uymayan her türlü merkezlerde özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi),

32. 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,

33. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider, kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),

34. Poliçede tercih edilmeyen teminatlar ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü sağlık ile ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

35. 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,

36. Mesleki hastalıklara ve iş kazalarına ilişkin sağlık giderleri,

37. Sigortalı'ya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı ve 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 alımlarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider, sağlık hizmeti vermeye yetkili kılınmış sağlık kurumlarında yapılmış olsa bile sağlık bakanlığının yapılan tedavi/işlemler için onayı olmaması ya da ilgili sağlık kurumlarında yapılmasına müsaade etmediği tedavi/işlemler,

38. 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,

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

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

poliçe teminat kapsamı dışındadır.

6. COĞRAFI KAPSAM

Poliçe yer alan teminatlar sadece Türkiye'de geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe kapsamında değildir. KKTC yurtdışı olarak değerlendirilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Limit ve Katılım Payı Uygulaması

Poliçe üzerinde belirtilen limitler ve ödeme oranları her sigortalı için ayrı ayrı geçerli olup bu oran ve limitlerin üzerinde yapılan sağlık harcamaları hiçbir şekilde karşılanmaz.

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

7.2. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Şirketimizin kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Poliçede belirtilen "Hizmetler" kapsamında sunulan Diyetisten ve Psikolog destek hizmetlerine ilişkin anlaşmalı diyetisyen ve psikologlar, "Vivy" uygulaması üzerinden düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı yayınlanmaktadır.

Sigortacı, Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon alınmalıdır. Tercih edilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır.

Poliçede belirtilen "Hizmetler" kapsamında sunulan Diyetisyen ve Psikolog destek hizmetleri için, "Vivy" uygulaması üzerinden randevu alınmalıdır. Yine uygulama üzerinden yapılacak görüşmelerin giderleri, poliçede yer alan teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" kapsamında sağlanır.

Bu kurum veya kişiler ile bu Özel Şartlar kapsamında Allianz ile hizmet sözleşmesi imzalamış diğer üçüncü kişi ve kurumların, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması ya da bu kurum ve kişiler ile hizmet sözleşmesi imzalanmış olması, bu kişi veya kurumların Allianz tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların

hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Allianz tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumların hizmetlerinden, sonuçlarından ve bu kişi ve kurumlarda alınan hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durumdan, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

7.3. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- SGK ile anlaşmalı olan ancak Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında veya doktorlarda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş olan Network dahilinde olmayan ancak Allianz'ın Tamamlayıcı Sağlık ürününe özel anlaşma yaptığı diğer anlaşmalı kurumlarda poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Anlaşma harici kurumlarda yapılan tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri; GSS geçerli bir kurumda, GSS hekimi tarafından GSS kullanılarak yapılan muayene sonrası tıbbi malzeme ve suni uzuv reçetelendirilir veya raporlanır ise ilgili teminat kapsamında, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle sonradan ödeme kapsamında ödeme yapılır.
- SGK ile anlaşmalı olmayan özel hastanelerde/ branşlarda gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- Poliçede belirtilen "Hizmetler", yalnızca bu Hizmetler'e özel olarak belirlenen Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda (Network) geçerlidir.
- Terör teminatı, yalnızca Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde gerçekleşen terör olayları bakımından geçerli olup, yurtdışındaki terör olayları nedeniyle oluşan sağlık giderleri karşılanmaz.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

i. Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda; 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 yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

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

ii. Anlaşma Harici Sağlık Kurumları'nda; Sigortalının tercih etmiş olduğu Network'ü dışında gerçekleşen sağlık hizmetlerine ait faturalar;

1) Ayakta Tedavi ve Doğum teminatı kapsamındaki hizmetler hiçbir şekilde karşılanmaz.

2) SGK ile anlaşmalı herhangi bir hastanede gerçekleşmiş ve GSS kapsamında onaylanmış Yatarak Tedavilere ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşma harici kurum limiti ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

3) Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri hiçbir şekilde karşılanmaz. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir. Ancak, Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' değiştiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişecektir.

- Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri, • Organ, doku ve hücre nakilleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Diyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri

8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

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

i. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sigortalının tazminatı için tercih edilen Network kapsamındaki anlaşmalı kurumunun öncelikle GSS kapsamında provizyon alması,
- Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren "özel sağlık sigortaları hasta bilgi formu"nın doldurulması,
- Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

ii. 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, "Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler" maddesinin anlaşma harici sağlık kurumları bendi kapsamında değerlendirilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.
- Sağlık giderinin ait olduğu sigortalı adına düzenlenmiş, Tedavi Masrafları Talep Formu "TMT Formu"nın ekinde;
- GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (örnek: E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü) Tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir. Ancak GSS kapsamında hizmet alımı sonrası yazılan tıbbi malzeme reçetesi zorunludur.
- Fatura veya Faturanın alınmadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.

• 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) tüm belgeler bulundurulmalıdır.

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

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Poliçenin Yenilenmesi

- Sigorta sözleşme süresi 1 yıldır. Poliçe, sigorta süresinin bitiminden önce sigorta ettiren ve Sigortacı' nın karşılıklı anlaşması ile aşağıdaki koşullarla yenilenebilir. Sigortacı'nın yenilemeye ilişkin risk değerlendirmesi yapma, poliçeyi otomatik yenileme veya yenilememe hakkı saklıdır. Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda Sigortacı' nın, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ve yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.
- Sigortacı risk değerlendirmesi yapılmayan dönemler de dahil olmak üzere, varlığını sonradan öğrendiği ve sigortalının poliçeye ilk defa kabulünden itibaren ortaya çıkmış tüm hastalık ve rahatsızlıkları için risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirmelerin ilkinin poliçe başlangıç tarihinden itibaren kesintisiz devam eden birinci yılın sonunda ikincisini ise yine kesintisiz devam eden üçüncü yılın sonunda yapar. Değerlendirmeler sonucunda poliçeye istisna ve/veya hastalık ek primi uygulayabilir, var olan istisna ve hastalık ek primlerinde değişiklik yapabilir veya poliçeyi yenilememe kararı verebilir.
- "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" değerlendirilmesi yapılmış ancak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verilmemiş sigortalılar için,

sigortacının her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapma, risk değerlendirmesi sonucu ek prim ve/veya istisna uygulama ve/veya bunlarda değişiklik yapma veya poliçeyi yenilememe hakkı saklıdır.

- Tüm değerlendirmeler sırasında, Sigortacı'nın, Sigortalı'dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırmaya hakkı saklıdır.
- Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" başlığı altında yer alan "Ürün/Teminat Değişiklik İşlemleri" maddesinde belirtilmiştir.
- Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş kriterler değiştirilmeden yenilenir. Ancak, sigortalının poliçe tercihleri yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerini haiz karşılıkları ile yenilenir.
- Yenileme dönemlerinde primlerde ve yapılan prim artışları kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin teminat limitlerinde artışlar yapılabilmektedir. Ayrıca teminatlarda, indirim ve/veya ek prim oranlarında değişiklik yapılabilmektedir. Yapılan tüm değişiklikler, teklif ve poliçe üzerinde belirtilmektedir.
- SGK tarafından Genel Sağlık Sigortası kapsamında yapılacak kapsam ve uygulama değişikliği durumunda, Sigortacı'nın özel şartlarda ve primlerde düzenleme yapma hakkı saklıdır.
- Sigortacı'nın otomatik yenileme yapması durumunda, poliçeler, en geç vade tarihinde düzenlenir ve sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur. Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır.
- Sigorta ettiren, yenilenen sözleşmeden, sözleşmenin kurulduğu tarihten itibaren 30 günlük süre içerisinde cayabilir.
- Bu sigorta poliçesinin satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarını haiz bir ürün önerilecektir.

9.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında Ömür Boyu Yenileme Garantisi; poliçenin Sigortacı tarafından mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası ürün ve planı (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi gibi belirli kriterler) dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür. Bu taahhüt Poliçede "Hizmetler" başlığı altında yer alan Hizmetler, Sağlık Dışı Teminatlar ve Terör Klozu ile teminat kapsamına dahil edilen olaylar nedeniyle oluşan sağlık giderleri bakımından geçerli değildir.

Sigortacı, sigortalının kesintisiz olarak 3 yıl boyunca Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını devam ettirmesi ve 3 yıl sonunda, sigortalının sağlık durumunu esas alarak tamamlayıcı sağlık sigortalarında ömür boyu yenileme garantisini değerlendirir. Bu değerlendirmede, sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarını Sigortacı'ya bildirmiş olduğu varsayımıyla uygun bulunanlara, tamamlayıcı sağlık sigortalarında ömür boyu yenileme garantisini verir. Sigortacıya herhangi bir bildirim yapılmaması durumunda değerlendirme işbu özel şartların "Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi" maddesi kapsamında yapılır. Bu değerlendirmeyi yaparken sigortalının ilk sözleşme tarihinde geçerli olan özel şartlar ile ömür boyu yenileme garantisine ilişkin bilgiler dikkate alınır. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan sigortalı aleyhine değiştirilemez.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;
 • Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan tamamlayıcı sağlık sigortalarında "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek primleri tekrar değerlendirebilir veya poliçeyi yenilememe kararı verebilir.
 • Şirketimizdeki Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi ve/veya istisna uygulamak sureti ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı verebilir,
 • Ömür Boyu Yenileme Garantisini vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi

yapabilir. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanıldıktan sonra;
 • Sigortalı/sigorta ettiren talebi olmadıkça, bu hakkı kazandıktan sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.

• Teminat değişiklik talebi veya meriyete alma durumu bulunmadığı sürece sigortalının bu hakkı kazanmasından sonraki dönemde ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.
 • Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.
 • Sigortacı tarafından, Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları'nda Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi yapılan tarih ile yenilenen poliçenin başlangıç tarihi arasında sigortalı tarafından bilinen ancak Sigortacı tarafından bilinmeyen bir sağlık riskinin tespit edilmesi durumunda, Sigortacı yenileme koşullarını gözden geçirerek, Ömür Boyu Yenileme Garantisini tekrar değerlendirme, hastalık ek primi ve/veya istisna uygulama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını iptal etme hakkına sahiptir.

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

Sigortacı, poliçe başlangıç tarihinden sonra poliçeye giriş yapan eş ve/veya çocukları, dahil oldukları poliçe döneminden itibaren üç tam yılı tamamlamalarını müteakip ilk yenileme döneminde Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirmeye alır. Sigortacı, Network'ler

dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Bunun yanı sıra anlaşmalı sağlık kurumlarında uygulanan özel uygulamalar da Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda son bulur.

10. PRİM TESPİTİ

10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

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

10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, "Sağlık Tarife Primi"ni periyodik aralıklarla risk profilleri bazında portföyün genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik parametrelerdeki değişimleri de dikkate alarak günceller. "Sağlık Tarife Primi"ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla üç katıyla sınırlıdır. Diğer bir deyişle, 1 birimlik tarife priminin (baz prim ile yaş,il vb. gibi faktörlerin çarpımı) üzerine 3 birimlik artış yapılarak, medikal enflasyon etkisi altında kalmamak koşuluyla, aynı kategorideki tarife primi toplamda en fazla 4 birim seviyesine gelebilir.

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

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

• Havale ile ödeme yapılacak ise açıklama bölümüne mutlaka Sigorta Ettiren / şirket ünvanı

ve poliçe numarası yazılmalıdır.

• 'Kredi kartı blokajlı-taksit kart' olan yenilenecek poliçeye ilişkin primlerin tahsil edilememesi halinde; ödeme tipi 'mail order' (vadesi gelmiş taksit tutarı kadar kredi kart limitini bloke eder) olarak güncellenir ve poliçe primi vade gününde tahsil edilmek üzere önceki yıl seçilen orana en yakın eşit taksite bölünerek tahsil edilir.
 • Priminin tamamının veya peşinat ve taksitlerin herhangi birinin ödenmemesi ya da prim ödenmesi için sigortacıya bildirilen ödeme aracından tahsil edilememesi durumunda, TTK 1434 hükümleri uygulanır.
 • Poliçenin iptal edilmemesi için poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde ödemelerin yapılmasına, kredi kartı ile yapılacak ödemelerde ilgili ödeme tipinin gerektirdiği hesap / limit kullanılabilir bakiyelerinin prim ödemesinin yapılabilmesi için yeterli olmasına dikkat edilmelidir.

10.2.1. Hastalık Ek Primi

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

10.2.2. Hasarsızlık İndirimi

Hasarsızlık İndirimi uygulaması giriş kademesi ve 7 adet indirim kademesi ile beraber toplam 8 kademedir oluşmaktadır. Yeni iş ve transfer sigortalıları, bu uygulamaya giriş kademesinden (1. kademe) başlar. Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir. Yenileme poliçe;
 • T/P oranı %35'ten küçük ise bir üst kademe,
 • T/P oranı %35(dahil) ile %70(hariç) arasında ise aynı kademe,
 • T/P oranı %70(dahil) ile %200(dahil) arasında ise bir alt kademe,
 • T/P oranı %200'den büyük ise iki alt kademe ile yenilenir.

Her bir kademenin indirim oranı aşağıdaki şekildedir:

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

10.2.3. Fark Primi Zeyili

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

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

10.2.4. Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması

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

10.2.5 Diğer İndirimler

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

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1. Sigortalı Girişi

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden/ edecek kişiler sigortaya kabul edilebilirler. Sigorta poliçesi GSS hak sahibi olan kişiler için geçerlidir. GSS müstahaklığını kaybeden sigortalılar poliçelerini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. GSS hak sahipliğinin yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden geçerli olur. Herhangi bir nedenle sigortalılık sürecinin kesintiye uğraması halinde bu poliçe Özel Şartları'nda yazılı kazanılmış haklar için Şirketimizin taahhütleri son bulur.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/ veya bekar çocuklardan ibarettir. Çiftlerin, Türk Medeni Kanunu kapsamında evli olması gerekmektedir.

İlk başvuru tarihinde, 15 günlük – 64 (dahil) yaş aralığındaki kişiler sigortalı olabilirler.

15 günlük - 5 yaş arası çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalı olması şartı ile sigortalı olabilirler. Ancak 6-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalı talepleri, sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla değerlendirilecektir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalı olmaya devam edebilirler.

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

11.2. Başvuru ve 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, varsa eski sigortalılık kayıtlarına göre ya da diğer sigorta şirketi geçişi ise oradaki bilgileri esas alınarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceleme yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın teklif edilen poliçe kapsamını (Network, teminat gibi) değiştirme, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Poliçe, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

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

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

Yürürlükteki poliçeye ara dönemde giren sigortalılarımızın poliçe yenilemesi için olan risk değerlendirmesi poliçeye giriş tarihinden itibaren bir tam yılı tamamlamalarından sonraki ilk yenilemede yapılır. Ömür Boyu Yenileme Garantisi için risk değerlendirmesi ise kesintisiz devam eden üçüncü yılın sonunda yapılır.

11.4. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. Poliçe iptali sonrası 30 gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirme yapılır. Değerlendirme neticesinde "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

Ürün geçiş değerlendirmesi yapılmadan veya değerlendirme sonucu geçiş olarak kabul edilmeyen durumlarda, Şirketimizdeki herhangi bir sağlık poliçesi/sağlık teminatı (örnek: modüler sağlık sigortası, hastalık sigortaları gibi) ile Tamamlayıcı Sağlık sigortalılık hakları ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup

sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

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

12.1. Ürün/Teminat Değişiklik İşlemleri

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

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (kapsam, network gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, Sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile gerekli görülen durumlarda sigortalıların sağlık beyanını esas alarak risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı' nın, poliçe kapsamını değiştirme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama ve gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

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

Sigorta Ettiren'in, Allianz'ın daha kapsamlı diğer sağlık sigortası ürününe geçiş yapmak istemesi durumunda, Sigortacı, ilgili ürünün başvuru formu kapsamında sağlık beyanı alır, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile geçiş yapılan ürünün özel şartları ve Allianz'ın teknik ve tıbbi risk değerlendirme kuralları çerçevesinde tekrar risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın, ürün geçişi talebinde tercih edilen kapsamı (Network, teminat, limit, ödeme yüzdesi gibi) değiştirme, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını korumama veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya ürün geçişini kabul etmeme hakkı saklıdır.

12.2. Geçiş (Transfer) İşlemleri

Diğer Sigorta Şirketlerinde veya Allianz Grup Sağlık Sigorta Poliçesinde sigortalı olan kişilerin, Allianz Tamamlayıcı Sağlık sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Önceki sağlık poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Şirketimize başvurulmalıdır.
- Önceki sağlık sigortasında en az bir tam yıl sigortalı olunmalıdır.
- Diğer sigorta şirketinden geçişlerde 15 günlük-64 (dahil) yaş aralığındaki kişiler başvuru yapabilir.

Sigortacı sigortalı adaylarının diğer sigorta şirketlerinde veya grup poliçesinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri, Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşulları, diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna/hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

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 priminin tamamını 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 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 aşan tüm iptal taleplerinde, Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esasından 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, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, 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 aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

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

13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

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

Bu kurallar uygulanırken sigorta ettiren olarak sigorta ettirenin kanuni varisleri kabul edilir.

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş sağlık giderleri varsa ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından 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 Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

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

14.2. Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde sağlık durumundaki bildiği ve bilmesi gereken tüm hususları ve değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

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

gerektiği halde beyan etmediği mevcut hastalık/ rahatsızlıklarının olması halinde 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 teminat kapsamına almak üzere değerlendirmez.

Sigortacı'nın, sigortalının beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklara ait giderleri, sigortalı/ sigortalılar lehine işlem kolaylığı sağlayan provizyon/e-provizyon aşamasında kabul etmiş olması, sigortalı/sigortalılar tarafından, teminat ve tazminat olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. Sigortacı'nın Poliçe Özel ve Genel Şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi, ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa dahi poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

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

14.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerinin 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 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 Şartları'na 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.

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. Terör Klozu

Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri saklı kalmak kaydıyla, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu sigortalıların ilgili poliçe dönemi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları nedeniyle oluşan Sigortalıya ait yatarak tedaviler kapsamındaki

sağlık giderleri, poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındadır. Ayakta tedaviler kapsamındaki sağlık giderleri ise, poliçede belirtilen Ayakta Tedavi Teminatı kapsamı ve limitleri ile poliçe kapsamındadır.

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

14.8 Hizmetler

Sigortalının tercih ettiği planda bulunması kaydıyla, Check-Up, Diyetisyen ve Psikolojik Destek gibi sigortalıya sunulan 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. Söz konusu hizmetler, ömür boyu yenileme garantisine tabi değildir. Sigortacı hizmetler tanımı ve süresinde değişiklik ve iptal hakkını saklı tutar.

Sağlık Sigortası

Genel Şartları

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

Teminat Dışı Kalan Haller

Madde 2 - Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat 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 Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

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

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

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4 - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

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

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

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

a) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

b) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli tahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihinin takip eden beşinci 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 kasdı 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.

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

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

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 beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

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

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

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağı için, 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. Can sigortalarında indirimle ilişkin hükümler saklıdır.

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

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

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

- Sigorta ettiren/sigortalı sözkonusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun

muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor 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) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

b) Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

C) Gerekli belgelerin teslimi

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

Masrafların Tesbiti

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

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile

özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri, Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir. a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakembilirkişi 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 hakembilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakembilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakembilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü,

tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti 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 bir 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. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki 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 tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11 - Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında

olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

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

Müşterek Sigorta

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

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13 - Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

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

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez. Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14 - Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta

sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

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

Yetkili Mahkeme

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

Zaman Aşımı

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

Özel Şartlar

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

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18*

A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

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

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri

araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

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

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

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

B. Grup Sigortaları

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

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

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

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

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

C. Aile Sigortaları

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz. (*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

Allianz Sigorta A.Ş.

Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah.
Kayışdağı Cad. No: 1 34750 Ataşehir/İstanbul
Tel: 0216 556 66 66 Faks: 0216 556 67 77

www.allianz.com.tr

Müşteri Hizmetleri: 0850 399 99 99



"Allianz'ım" Mobil Uygulamasını
hemen indirin!

