

VİTAMİN 2E YABANCI SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

İÇİNDEKİLER

1	SİGORTA KONUSU VE KAPSAMI	3
2	TANIMLAR	3
3	TEMİNATLAR	7
3.1	YATARAK TEDAVİLER.....	7
3.1.1	Ameliyat	7
3.1.2	Ameliyatsız Tedavi	7
3.1.3	Evde Bakım ve Tedavi.....	8
3.1.4	Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi	8
3.1.5	Kemoterapi - Radyoterapi – Diyaliz.....	8
3.1.6	Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz İçin Tetkik.....	8
3.1.7	Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi.....	8
3.1.8	Küçük Cerrahi.....	8
3.2	Suni Uzuv.....	9
3.3	AYAKTA TEDAVİLER	9
3.3.1	Doktor Muayene	9
3.3.2	İlaç	9
3.3.3	Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen.....	11
3.3.4	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11
3.3.5	İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi.....	11
3.3.6	Tıbbi Malzemeler.....	11
3.4	ACİL YARDIM VE AMBULANS HİZMETİ.....	11
3.5	KONTROL MAMOGRAFİ.....	12
3.6	PSA TARAMA HİZMETİ.....	12
4	BEKLEME SÜRELERİ	12
5	TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR.....	13
6	COĞRAFİ KAPSAM	16
7	TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI.....	16
7.1	Limit Uygulaması	16
7.2	Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	16
7.3	Kalan Limit Hesaplaması.....	16
7.4	Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network.....	16
7.5	Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	17
8	TAZMİNAT ÖDEMESİ.....	18
8.1	Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	18
8.2	Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	18
9	POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ.....	19
9.1	Poliçenin Yenilenmesi	19
9.2	Ömür Boyu Yenileme Garantisi	19
10	PRİM TESPİTİ.....	19
10.1	Prim Tespitine İlişkin Kriterler	19
10.2	Prime İlişkin Düzenlemeler.....	19
10.3	Hastalık Ek Primi	20
10.4	Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması	20
10.5	Diğer İndirimler.....	20
11	YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	20
11.1	Sigortalı Girişi	20
11.2	Ön Bilgi (Başvuru Ve Bilgilendirme) Formu'nun Değerlendirilmesi	20

12	GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	20
12.1	Teminat Değişiklik İşlemleri	21
12.2	Geçiş (Transfer) İşlemleri	21
13	SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI.....	21
13.1	Sigortalı/Sigorta Ettiren'in Talebi Sonucunda Poliçenin İptali	21
13.2	Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	22
14	EKLER	22
14.1	Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	22
14.2	Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi	22
14.3	Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	23
14.4	Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	23
14.5	Rücu ve İstirdat Hakkı.....	23
14.6	Ekonomik Yaptırımlar.....	23

1 SİGORTA KONUSU VE KAPSAMI

İşbu sigorta, Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu gereğince kısa dönem ikamet izni başvurularında yaptırılması gereken özel sağlık sigortası olup, Allianz Sigorta A.Ş. (“Allianz”), sigorta sözleşmesinin yürürlükte bulunduğu süre içerisinde kaza ve/veya hastalık/rahatsızlık sonucu oluşabilecek Sigortalıya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen modüller, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler ve Network kapsamında işbu Özel Şartlar (“Özel Şartlar”) ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”) ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (“Yönetmelik”), Türk Ticaret Kanunu (“TTK”), sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

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

İşbu ürünün sigorta süresi, oturma izni ihtiyacına göre 1 ya da 2 yıllık olabilmektedir. Sigorta sözleşmesi poliçede yazılı olan poliçe başlangıç tarihi ile bitiş tarihleri arasındaki süreyi kapsar. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen saat 12.00'de sona erer.

2 TANIMLAR

Sigortacı

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

Sigortalı

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

Vitamin 2E Sağlık Sigortası Sözleşmesini belgeleyen evraktır.

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

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

Özel Şartlar

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

Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”)

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalılarında 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 çocuklar dahil) oluşan

çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

Hastalık

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

Rahatsızlık

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

Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

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

Başvuru ve Bilgilendirme Formu (Ön Bilgi Formu ve Bilgilendirme Formu)

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

Beyan Yükümlülüğü

Sigorta ettirenin/sigortalının, gerek sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, gerek sigorta sözleşmesinin devamı sırasında gerekse de riziko anında, sigortalıların mevcut tüm hastalık/rahatsızlıklarını veya riskin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları bildirme yükümlülüğüdür. Sigorta ettiren/sigortalının, Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekmektedir.

İstisna

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

Sağlık Hizmet Tarifesi

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

Sağlık Kurumu

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

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu ("AK")

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

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network")

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

Her bir Network, Allianz tarafından Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasından verilen hizmetler, yerleşim yeri, sözleşme koşulları gibi özellikler dikkate alınarak oluşturulmuştur.

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu (“AHK”)

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

Poliçede tercih edilen Network’de yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı’nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar da “Anlaşma Harici Sağlık Kurumu” olarak değerlendirilir.

d) Yurtdışı Sağlık Kurumu (“YD”)

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

Tazminat

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

a) Provizyon / E- Provizyon

Sigorta Ettirenin tercih etmiş olduğu Network’de yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılınıp karşılanmayacağını gösterir, sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme sağlık giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olması şartıyla geçerlidir.

Tazminat talebi sırasında verilen provizyon/e-provizyon son onay olmamakla beraber, Sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak gerek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. İleriye yönelik alınacak olan provizyon /e-provizyonlarda Poliçe Özel ve Genel Şartları’nda yer alan hakların kullanılabilmesi için tahakkuk tarihi esas alınır.

b) Tahakkuk

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

c) Doğrudan Ödeme

Poliçede tercih edilen Network de gerçekleşen sağlık giderleri için, provizyon/e-provizyon alınarak, poliçe şartlarında katılım payı olması durumunda sigortalının sadece bu katılımı ödeyerek hizmet almasıdır. Sigortacı tarafından, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı’nın sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

d) Sonradan Ödeme

Provizyon/e-provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna daha sonra sağlık giderine ait fatura, “Tedavi Masrafları Talep Formu” ve özel şartların “Tazminat Ödemesi” maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Sigortacı’ya ileterek, Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde değerlendirme yapıldıktan sonra belirlenen tutarın sigortalının hesabına ödenmesidir.

Tedavi Masrafları Talep Formu (“TMT Formu”)

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

Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Sigortacı'nın ödeme yüzdesini veya Sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

Teminat

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

Dönem

Bir yıldan uzun süreli olarak düzenlenen poliçelerde, poliçe başlangıç tarihi ile bitiş tarihi süresince her bir yıl, bir dönem olarak kabul edilir.

Limit

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

Ödeme Yüzdesi

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

Katılım Payı

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

Prima) Sağlık Tarife Primi

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

b) Sağlık Primi

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

c) Sağlık Net Primi

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

d) Toplam Poliçe Primi

Sağlık Net Primi üzerine varsa Ferdi Kaza ve/veya Hayat Teminatlarına ilişkin primlerin ve vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

Hastalık Ek Primi

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

Yeni İş Poliçe

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

Transfer Poliçe

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

Yenileme Poliçe

Sigortalının Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinde sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla yenileme poliçede belirtilen başlangıç tarihi ile bitiş tarihi arasında teminat altına alınmasıdır.

Zeyilname

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

Sigorta Başlangıç Tarihi

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

3 TEMİNATLAR

İş bu ürün kapsamındaki teminatlar, 10/05/2016 tarih ve 16 sayılı Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelge'de belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır.

3.1 YATARAK TEDAVİLER

Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz Tedavi ve Tetkikleri, Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi, Küçük Cerrahi, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Evde Bakım ve Tedavi giderleri "Yatarak Tedaviler" limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında olup detayları teminat başlıklarında belirtilmektedir.

Sigortalı'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatsız veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anestezi uzmanı gibi), ameliyathane, standart oda, yoğun bakım, yemek, refakatçi, ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve tetkiklere (tahlil, röntgen vb.) ilişkin sağlık giderleri, Yatarak Tedavi teminatı kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

Sigorta süresi içerisinde hastanede yatış süresi her dönem 180 gün ile sınırlıdır. Normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

3.1.1 Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belirlenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar, kalp pili, ICD (intra cardiac device), meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatlara, memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, ESWT/ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, Mol Hidatiform ve Dış Gebelik operasyon giderleri "Ameliyat" teminatı kapsamında karşılanır.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre oranlanarak, ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.2 Ameliyatsız Tedavi

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli

olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak tedavi giderleri, Ameliyatsız Tedavi teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahede), İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

3.1.3 Evde Bakım ve Tedavi

Sigortalı'nın yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktor'u tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, Sigortalı'nın hastaneden taburcu olurken Sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe yılı içinde her dönem en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi evde bakım hizmet giderleri ve doktor raporuyla gerekliliği belirtilmiş tıbbi cihaz kiralama giderleri, Evde Bakım ve Tedavi teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.4 Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi

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

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi giderleri yıllık (her dönem) toplam 10 seans adedi ve anlaşma harici kurumlarda her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

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

3.1.5 Kemoterapi - Radyoterapi – Diyaliz

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

3.1.6 Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz İçin Tetkik

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının takibi için yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler, öncelikle Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkik teminatı limiti ve ödeme yüzdesi ile kapsamında karşılanır. Tetkiklere ait sağlık giderlerinin Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz İçin Tetkik teminat limitini aşması durumunda bu tetkik giderleri Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri teminatı kapsamında karşılanır.

3.1.7 Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi

Resmi kurumlarca (adli, idari merciler) düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, sigortalının trafik kazası sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmalarında, diş hekimi ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş ve diş eti ile ilgili her türlü tedavi giderleri, Yatarak Tedaviler teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.8 Küçük Cerrahi

Sağlık Hizmet Tarifesi'nde küçük ameliyat olarak belirtilen cerrahi girişimler (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama, kriyo ve elektrokoter işlemleri ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır. Bu işlemlerin Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Ameliyat teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak ve girişimle doğrudan ilgili malzeme/ilaç, ameliyathane, tetkik giderleri ve doktor ücretleri de Küçük Cerrahi

teminatından karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon, göz içi enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, Sağlık Hizmet Tarife birimi ile yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya, başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (intraartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi) ve omurga/disk hastalıklarına yönelik olarak uygulananlar haricindeki her türlü ağrı tedavileri, Sigortalı'nın Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak, teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için Sağlık Hizmet Tarifesi'ne göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.2 Suni Uzuv

Sigortalı'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya Hastalık sonucu kaybolan organı yerine koyma amacıyla yine sigorta süresi içerisinde takılan protezler ile bu protezlerin bakımları ve vücuda implante edilen cihazlardan; PCA, koklear implantlar, insülin pompası ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile, poliçede belirtilen Suni Uzuv teminatı yıllık dönem limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

3.3 AYAKTA TEDAVİLER

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, aşağıda detayları verilen; doktor muayenesi, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, ileri tanımlar, tıbbi gözlem ve tıbbi malzeme giderleri Ayakta Tedavi Teminatları kapsamında ve poliçede belirtilen toplam Ayakta Tedavi Teminatı dönemlik yıllık limitinden düşülerek ödeme oranı dahilinde karşılanır.

3.3.1 Doktor Muayene

Sigortalı'nın bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için doktor tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler poliçede belirtilen Ayakta Tedavi teminat limitinden düşülerek ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Sigortacı'nın Anlaşmalı Muayenehane uygulamasını başlattığı illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak doktor muayene giderleri, doktor muayene teminatı kapsamında%100 ödeme oranı ile karşılanır.

3.3.2 İlaç

Doktor tarafından sigortalının tedavisi için gerekli görülen ilaçlar ile ilgili giderler Poliçe Özel Şartları dahilinde kullanımının poliçe süresi içerisinde olması her bir ilaç kalemi için en fazla 30 günlük doz olacak şekilde, Ayakta Tedaviler teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Ancak tedaviyi üstlenen doktor tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen ilaçlar, Poliçe Özel Şartları dahilinde, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı tarafından onaylanması halinde en fazla 90 günlük dozlar halinde reçete edilebilir. Sigortacı tarafından kabul edilen İlaç'lara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ve ilaçların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda reçete giderleri teminat kapsamı dışındadır.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri, kullanımının poliçe süresi

içerisinde olması ve Sigortacı'nın onay vermesi koşuluyla, ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

3.3.2.1 Aşılar

Çocukluk çağı rutin aşıları;

0-1 yaş için 3 doz Rotavirüs

0-2 yaş için 2 doz, 3-11 yaş için 1 doz Meningokok,

0-3 yaş için 2 doz Hepatit A,

0-6 yaş için 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 2'şer doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, 1'er doz Su Çiçeği, BCG (verem),

0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 2 doz Grip , aşısı olarak belirlenmiştir.

Yetişkinlerde aşılar;

1 doz Hepatit A,

3 doz Hepatit B,

9-26 yaş arası kadınlarda 3 doz HPV (rahim ağzı kanseri)

1 doz Pnömonokok,

1 doz Grip aşısı olarak belirlenmiştir.

Bunlara ek olarak; Kuduz ve Tetanoz aşıları da her yaş grubu için kapsam dahilindedir.

Yukarıda belirtilen aşılar, "İlaç" teminatı kapsamında poliçede belirtilen "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.3 Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri ile röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler Ayakta Tedaviler teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır

3.3.4 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve Sigortacı tarafından onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile ilgili giderler ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın Ayakta Tedaviler teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Anlaşma harici kurumlarda her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

3.3.5 İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun tetkik isteminde belirttiği bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler Smear-yayma, punch veya iğne biyopsisi gibi yöntemler ile tanı amaçlı yapılan küretajlar İleri Tanı Yöntemleri teminatı kapsamındadır

Karaciğer, böbrek, beyin, mediastinoskopik akciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, Sağlık Hizmet Tarifesi'ndeki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır.

Anjiyografi (Koroner Anjiyografi Ameliyat teminatı kapsamında karşılanır) ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil) ile ilgili giderler bu teminatı kapsamında karşılanır. Bu tanı yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri, ayakta ya da yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır.

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına ve yapılan işlemin "Sağlık Hizmet Tarifesi"ndeki birimine bakılmaksızın yatış süresi 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahede), ağrı tedavileri (yapılan işlemlerin Sağlık Hizmet Tarifesi'ndeki birimi dikkate alınmadan) ile ilgili giderler İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. (Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır.)

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen kapsamında karşılanır.

3.3.6 Tıbbi Malzemeler

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, nebulizatör, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda) ve işitme cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında Tıbbi Malzeme teminatı kapsamında karşılanır.

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

3.4 ACİL YARDIM VE AMBULANS HİZMETİ

Sigortalı'nın, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın Sağlık Kurumu'na nakli için "Allianz Müşteri Hizmetleri"ni araması koşulu ile, Türkiye Cumhuriyeti sınırları

içinde ve bu hizmetin verilebildiği bölgelerde Acil Yardım Hizmetinden yararlanması mümkündür. Sigortalı'nın tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumu'na kara yolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir.

3.5 KONTROL MAMOGRAFİ

Police başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan kadın sigortalıların yaptıracakları kontrol mamografiye ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere internet sitemizde yer alan “Özel Anlaşmalı Mamografi Tarama Merkezlerinde” önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Bir yıldan uzun süreli akdedilen poliçelerde poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş altında olan kadın sigortalılar, poliçe süresi içerisinde 40 yaşına girmiş olsalar da bu teminattan yararlanamayacaklardır. Yaş hesabı, poliçenin başlangıç tarihi esas alınarak hesaplanır.

3.6 PSA TARAMA HİZMETİ

Police başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan erkek sigortalıların yaptıracakları PSA taramaya ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere internet sitemizde yer alan “Özel Anlaşmalı PSA Tarama Merkezlerinde” önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Bir yıldan uzun süreli akdedilen poliçelerde, poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş altında olan erkek sigortalılar, poliçe süresi içerisinde 40 yaşına girmiş olsalar da bu teminattan yararlanamayacaklardır. Yaş hesabı poliçenin başlangıç tarihi esas alınarak hesaplanır.

4 BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıdaki hastalıklar/rahatsızlıklar ile ilgili tüm tedaviler, komplikasyonlar, ayakta veya yatarak olmasına bakılmaksızın tüm fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler, sigorta kapsamına dahil olunduktan 12 ay sonra teminat kapsamına alınır.

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

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

dahilinde kapsama alınır. Diğer sigorta şirketlerinden geçiş yapan sigortalılar için de aynı şartlar geçerlidir.

Ancak yukarıda belirtilen tüm hastalıklar/rahatsızlıklar için de geçerli olacak şekilde, Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan hastalıklar ile poliçede istisna uygulanmış hastalıklar, poliçe teminat kapsamı dışındadır.

5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR

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

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

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar,
- Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen gebelik takibi hariç),
- Büyüme ve gelişme bozuklukları,
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları,
- Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
- Keratokonus,
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,
- Jinekomasti ve
- Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

İstisnai Durum: İşbu Vitamin 2E ürünü kapsamında 05.05.2017 öncesinde kesintisiz sigortalı ve Allianz'da kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış ve önceki poliçe özel şartları çerçevesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalıların;

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar (Allianz'da poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla) Genetik hastalıklar (Allianz'da poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla)
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Keratokonus,
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları ile ilgili giderler poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

Ancak herhangi bir klinik şikayeti ve/veya tanısı olmaksızın yapılan her türlü Doğumsal (konjenital), Genetik Anomali ve Hastalıklar'ın araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderleri, Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar için de teminat kapsamı dışındadır ve karşılanmaz,

4. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
5. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,

- 6.Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
- 7.Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,
- 8.Psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayene, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dahil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider,
- 9.Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar,bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansial hastalıklar ile ilgili her türlü gider,
10. Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider
- a. Sanatoryum, huzurevi, bakımevi, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider(fizik tedavi dahil),
- b. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp merkezleri, Anti Aging Merkezleri, Sağlıklı Yaşam Merkezleri, Yaşam Koçluğu Merkezleri, Zayıflama Merkezleri, Spor Merkezleri, Ayak Sağlığı Merkezleri, Estetik, Kozmetik, Güzellik ve Lazer Merkezlerinde yapılan her türlü gider,
- c. Lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,
- d. İşitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,
11. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi,kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) ve diğer her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları,
- 12.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 kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
- 13.Sigortalıya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA "), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve/veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,
- 14.Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
- 15.Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,
- a. Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri(check-up) tetiklerine ait her türlü gider,
- b. Ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetiklerine ait her türlü gider,
- c. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu(sarıklık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
- d. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
- 16.Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,
17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,

- a. T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,
- b. Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- c. İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
18. Her türlü alerjik hastalıklar için kullanılan aşı giderleri,
19. Obezite ve aşırı zayıflık ile ilgili muayene, tetkik ve tedaviler, diyet ve diyetisyen giderleri, vücut/kütle ölçüm testleri, vücut yağ oranı belirleme testleri, gıda intolerans testleri, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar gibi giderler,
20. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcılı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
21. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;
- a. Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırılma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,
- b. Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşılık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi),
- c. Gözlük, lens, kontakt lens bakım preparatları, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezlere ilişkin giderler,
22. Ses ve konuşma terapileri,
23. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
25. Gebelik, doğum, sezeryan ve/veya bunlarla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait sağlık giderleri ile 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 Mülleriyan Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
- b. Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
- c. Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
26. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
27. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkürinata vb.) ve molluscum contagiosum muayene, tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,
28. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti,
29. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekte 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,
30. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider
- a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
- b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,
- c. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,

- d. Standart oda dışındaki oda ücretleri,
31. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,
32. Tıbbi Malzeme ve Suni Uzuv Teminat tanımlarında belirtilmemiş her türlü tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri,
33. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider,
34. Kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),
35. Sigorta yılı içinde 180 günü geçen hastanede yatarak tedaviler (normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanır) ile ilgili her türlü gider,
36. Poliçede belirtilmeyen teminatlarla ilgili her türlü gider;
37. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
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, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.

6 COĞRAFI KAPSAM

İşbu Özel Şartlar kapsamında düzenlenen sigorta sözleşmelerine ilişkin teminatlar, sadece TC. sınırları içinde geçerlidir. Hiçbir koşulda yurtdışında yapılan tanı ve tedavi ile ilgili sağlık giderleri karşılanmaz.

7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1 Limit Uygulaması

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

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

Bir yıldan uzun süreli düzenlenen poliçelerde, limitler poliçede belirtildiği üzere her bir yıl için ayrı ayrı uygulanır.

7.2 Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması

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

7.3 Kalan Limit Hesaplaması

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

7.4 Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Allianz'ın kurumsal internet sitesi olan www.allianzsigorta.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir.

Sigortacı'nın, Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkı saklıdır. 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.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması, bu kişi veya kurumların Allianz tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Allianz tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

7.5 Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- "Anlaşmalı Muayenehane" uygulamasının bulunduğu illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak muayene giderleri, doktor muayene teminatı kapsamında poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve %100'lü olarak "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Bu kurumlardaki doktor ücretleri ise, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücretle sınırlı olup, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Anlaşmasız Doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; Sağlık Hizmet Tarifesi'nde belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücretle sınırlı olup, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; Sağlık Hizmet Tarifesi'nde belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücretle sınırlı olup, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Yurtdışı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri'nde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Bu kurumlardaki doktor ücretleri ise, Sağlık Hizmet Tarifesi'nde belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücretle sınırlı olup, poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

Yatarak Tedaviler için, ön onay aşamasında kullanılan Sigortacı'ya ait form üzerinde doktor tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra doktor tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar

arasında farklılık bulunması halinde, Sigortacı, bu iki tutardan daha düşük olanını tazminat hesabında dikkate alacaktır.

8 TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının poliçe ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık gideri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak, Sigortacı tarafından, sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler, doğrudan ödeme kapsamında değerlendirilir.

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

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

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

8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

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

1. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

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

2. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

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

- Fizik tedavi ve rehabilitasyon faturalarında, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb.(Doğrudan Ödeme aşaması dahil)
- Doğrudan ve Sonradan Ödeme sürecinde, Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir.

9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi aşağıdaki koşullarla yenilenir.

- Türkiye’de 6 aydan fazla ikamet eden ve bu nedenle YKN’si (Yabancı Kimlik Numarası) bulunan Sigortalılar için YKN ya da VKN (Vergi Kimlik Numarası) bilgilerinin temini zorunludur. Bu bilgiler temin edilmeden sadece pasaport numarası ile poliçe yenilemesi yapılamamaktadır.
- Sigorta süresinin bitiminden önce Sigorta Ettiren ve Sigortacı’nın karşılıklı anlaşması ile önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yeni poliçe akdedilebilir.
- Yenilemenin en geç önceki Poliçe’nin 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 her poliçe bitiş tarihinde yenileme için risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme sonucunda poliçeyi, aynı koşullarla yenileyebileceği gibi, istisna ve/veya ek prim uygulayarak yenileyebilir veya yenilememe kararı verebilir. Tüm değerlendirmeler sırasında, Sigortacı’nın Sigortalı’dan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin Sigortacı tarafından ulaştırılabilir olması kaydıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda sigortalı tarafından karşılanır.

Mevcut Vitamin 2E Sağlık Sigorta Poliçesi’nin satışının Sigortacı tarafından durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, Poliçe bitiş tarihlerine dek devam ettirilir.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

İşbu ürün/poliçe kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması bulunmamaktadır.

Ancak işbu Vitamin 2E ürünü kapsamında 05.05.2017 öncesinde kesintisiz sigortalı olmuş olan sigortalılarımız için, önceki poliçe özel şartları çerçevesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması aynı şekilde devam edecektir.

10 PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Primler, sigortalıların yaşı, cinsiyeti, ikamet adresleri, ürün kapsamı, performansı, “Sağlık Hizmet Tarifesi”nde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, “Sağlık Tarife Primi”ni periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak

günceller. “Sağlık Tarife Primi”ndeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla, aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla iki katıyla sınırlıdır.

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

10.3 Hastalık Ek Primi

Sigortalı'nın “Sağlık Tarife Primi”ne uygulanacak hastalık ek prim oranı %200'ü geçemez.

10.4 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.

10.5 Diğer İndirimler

İşbu ürün kapsamında hasarsızlık indirimi, tazminat ek primi uygulaması bulunmamaktadır.

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde sunduğu indirimleri uygulama, indirim oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1 Sigortalı Girişi

Sigortacı tarafından aksi belirtilmedikçe, poliçenin yürürlükte bulunduğu süre dahilinde T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden yabancı uyruklu kişiler, sigortaya kabul edilirler. İkamet izni başvurusunda bulunanlar Türkiye’de yerleşik kişi olarak kabul edilir. T.C vatandaşları bu poliçe kapsamında sigortalanamayacaklardır.

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

İlk başvuru tarihi, 0-64 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.

11.2 Ön Bilgi (Başvuru Ve Bilgilendirme) Formu'nun Değerlendirilmesi

Ön Bilgi Formu'nun doldurulması, sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın teklif edilen poliçe kapsamını (Network, plan 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 ve primin tamamının tahsili ile yürürlüğe girer. Sigortacı'nın, hastalık ek prim uygulama kararı alması durumunda Sigortalı, ilgili sağlık riskinin teminat kapsamı dışında bırakılmasını talep edebilir.

Poliçe başlangıç tarihine dek gerçekleşen sağlık giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır. Poliçe başlangıç tarihinin, Başvuru ve Bilgilendirme Formu' nun imza edilmesinden daha ileri bir tarih olarak belirlenmesi durumunda, Sigortacı'nın, poliçe başlangıç tarihine dek gerçekleşen hastalık/rahatsızlıklar için hastalık ek prim / istisna uygulama hakkı saklıdır.

12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Şirketimizdeki herhangi bir sağlık poliçesi/sağlık teminatı (örnek: modüler sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık, hastalık sigortaları gibi) ile Vitamin 2E Sağlık sigortalılık hakları ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

12.1 Teminat Değişiklik İşlemleri

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

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (network gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, Sigortacı, sigortalının geçmiş sigortalılık bilgileri ile gerekli görülen durumlarda sigortalıların sağlık beyanını 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.

12.2 Geçiş (Transfer) İşlemleri

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Vitamin 2E 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.

Sigortacı sigortalı adaylarının önceki poliçelerinde kazanılmış haklarının devamına, sigortalı aday/sigorta ettirenin beyanı, varsa şirketimizdeki geçmiş sigortalılık bilgileri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verebilir. Sigortacı, Vitamin 2E Sağlık Sigortası ürününe ait Özel Şartları ve Sigortacı'nın risk kabul kuralları 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 Sigortalı/Sigorta Ettiren'in Talebi Sonucunda Poliçenin İptali

İkamet izni başvuruları kapsamında yapılan sağlık sigortası sözleşmesinin sigorta ettirenin/sigortalının talebi ile sonlandırılabilmesi için aşağıdaki koşulların gerçekleşmesi gerekmektedir:

- İkamet izin süresini kapsayan yeni bir Sağlık Sigortası Sözleşmesi'nin şirkete ibrazı,
- İkamet izninin iptali,
- 5510 sayılı Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu gösterir belge ibrazı.

Yukarıda belirtilen şartların gerçekleşmesi halinde;

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

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

Sigorta ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 günlük süreyi aşan tüm iptal taleplerinde, Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

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

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşıyor, ancak Sigorta Ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve Sigorta Ettirenin ödediği primleri aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

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

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Yazılı onayın alınmadığı veya sigorta ettirenin kanuni varislerinin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda, "Sigortalı/Sigorta Ettiren'in Talebi Sonucunda Poliçenin İptali" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Bu kurallar uygulanırken sigorta ettiren olarak sigorta ettirenin kanuni varisleri kabul edilir.

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "Sigortalı/Sigorta Ettirenin 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 Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

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

14.2 Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

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

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının, Başvuru Formu'ndaki 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.

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.

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 bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

14.4 Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Yatarak Tedaviler 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 yenilenmeyen veya ilgili hastalık için istisna uygulanan poliçede, bu tedaviler ile ilgili teminatın süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

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