



Allianz Modüler Sağlık Sigortası

Teminatlar / Özel ve Genel Şartlar

İÇİNDEKİLER

A - ALLIANZ MODÜLER SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	3	7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	17
1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	3	7.1. Limit Uygulaması	17
2 TANIMLAR	3	7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	17
3 TEMİNATLAR	6	7.3. Muafiyet Uygulaması	17
3.1. Yatarak Tedavi Modülü	6	7.4. Kalan Limit Hesaplaması	17
3.1.1. Yatarak Tedaviler	6	7.5. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	17
3.1.1.1. Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar	6	7.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	18
3.1.1.1.1. Ameliyat	7	8 TAZMİNAT ÖDEMESİ	19
3.1.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi	7	8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	19
3.1.1.2. Evde Bakım ve Tedavi	7	8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	19
3.1.1.3. Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	7	9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	20
3.1.1.3.1. Ameliyat/Yoğun Bakım Sonrası Fizik Tedavi	7	9.1. Poliçenin Yenilenmesi	20
3.1.1.3.2. Rehabilitasyon	7	9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	21
3.1.1.4. Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik	7	10 PRİM TESPİTİ	22
3.1.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri	8	10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	22
3.1.1.6. Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi	8	10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	22
3.1.1.7. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem	8	10.2.1. Hastalık Ek Primi	22
3.1.1.7.1. Küçük Cerrahi	8	10.2.2. Hasarsızlık İndirimi	22
3.1.1.7.2. Tıbbi Gözlem Tedavi	8	10.2.3. Fark Primi Zeyili	22
3.1.1.8. Tıbbi Malzeme	8	10.2.4. Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması	22
3.1.1.9. Ambulans	9	10.2.5. Diğer İndirimler	22
3.1.2. Suni Uzuv	9	11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	22
3.1.3. Türkiye’de Tedavisi Olmayan Yatarak Tedaviler	9	11.1. Sigortalı Girişi	22
3.1.4. Kontrol Mamografi	9	11.2. Başvuru ve Beyan Formu’nun Değerlendirilmesi	23
3.1.5. PSA Tarama	9	11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi	23
3.1.6. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü	9	11.4. Allianz Bebeği	23
3.2. Ayakta Tedavi Modülü	10	11.5. Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)	24
3.2.1. Ayakta Tedaviler	10	12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	24
3.2.1.1. Doktor Muayene	10	12.1. Teminat Değişiklik İşlemleri	24
3.2.1.2. İlaç	10	12.2. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş (Transfer) İşlemleri	24
3.2.1.2.1. Aşılar	10	12.3 Allianz Grup Sağlık Poliçesinden Geçiş (Transfer) İşlemleri	24
3.2.1.3. Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri	10	13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	24
3.2.1.4. İleri Tanı Yöntemleri	10	13.1. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal	25
3.2.2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	11	13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	25
3.3. Doğum Modülü	11	14 EKLER	25
3.3.1. Doğum Paketi	11	14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	25
3.3.1.1. Doğum	11	14.2. Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	25
3.3.1.2. Gebelik Komplikasyonları Tedavi	11	14.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	26
3.3.1.3. Gebelik Rutin Kontrolleri	11	14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	26
3.3.2. Yenidoğan Paketi	11	14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı	26
3.4. Diş ve Gözlük Modülü	12	14.6. Ekonomik Yaptırımlar	26
3.4.1. Diş Tedavi	12	14.7. Terör Klozu	27
3.4.2. Gözlük ve Lens	12	14.7. Doğal Afet Klozu	27
3.5. Ek Hizmetler Modülü	12	B - SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI	28
3.5.1. Sağlık Tarama (“Check-Up”) Teminatı	12	C - FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI	33
3.5.2. Prestij Paket Teminatı	12		
3.5.3. Gündelik Ameliyat Teminatı	12		
3.6. Sağlık Dışı Teminatlar	13		
3.6.1. Ferdî Kaza Teminatı	13		
(Kaza Sonucu Vefat ve Sürekli Sakatlık)	13		
3.6.2. Hastalık Tazminatı Teminatı	13		
4 BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ	13		
4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi	13		
4.2. Doğum Modülü Bekleme Süresi	13		
4.3. Diş Tedavi Bekleme Süresi	14		
4.4. Hastalık Tazminatı Bekleme Süresi	14		
5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR	14		
6 COĞRAFİ KAPSAM	17		

ALLIANZ MODÜLER SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

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 Özel Şartlar (“Özel Şartlar”) ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel şartları (“Genel Şartlar”), poliçe teminat kapsamında dahil edilmiş ise Ferdî Kaza Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Türk Ticaret Kanunu, sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

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

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

2. TANIMLAR

Sigortacı

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

Sigortalı

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

Sigorta Ettiren

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

Poliçe

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

Plan

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

Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

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

Özel Şartlar

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

Sağlık Sigortası Genel Şartları (“Genel Şartlar”)

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı 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 şikâyetlerini aktarabildikleri ve ambulans, yurtdışı danışma 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)

Rahatsızlık

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

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık

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

Başvuru ve Beyan Formu

Sigortalı adayına ait bilgileri (kimlik,iletişim,sağlık beyanı,hesap numarası), tercih edilen poliçe kapsamını (teklif bilgisi, Network, modülgibi) ve prim ödeme planını içeren ve sigorta ettiren ve sigortalı adayları tarafından imzalanması gereken formdur. Bu form, sigortacı için bir teklif niteliğindedir.

Beyan Yükümlülüğü

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

İstisna

Police başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (has-talık/rahatsızlıkların) Sigortacı'nın değerlendirmesi so-nucunda police kapsamı dışında bırakılmasıdır.

Sağlık Hizmet Tarifesi

Allianz'ın sağlık hizmeti veren kurumlarla yaptığı sö-zleşmelerde tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesin-de kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV), Sağlık Uy-gulama 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, ec-zane gibi kurumlardır.

a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu ("AK")

Allianz Sigorta'nın sözleşme yapmış olduğu sağlık ku-rumları 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 poli-çede 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 oluş-turulmuştur.

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ("AHK")

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

Poliçede tercih edilen Network'de yer alan bir sağ-lık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar da "Anlaşma Harici Sağlık Kurumu" ola-rak değerlendirilir.

d) Yurtdışı Sağlık Kurumu ("YD")

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

Tazminat

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

a) Provizyon/E- Provizyon

Sigorta ettirenin tercih etmiş olduğu Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılanıp karşılanmayacağını gösterir. Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucu-dur. Bu değerlendirme sağlık giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olma-sı şartıyla geçerlidir.

Tazminat talebi sırasında verilen provizyon/e-provizyon son onay olmamakla beraber, sigortacı tahakkuk aşamasında değerlendirme yaparak ge-rek teminat gerekse ödeme bakımından farklı bir şekilde karar verebilir. İleriye yönelik alınacak olan provizyon/e-provizyonlarda "Police Özel" ve "Genel Şartlarında" yer alan hakların kullanılabilmesi için tahakkuk tarihi esas alınır.

b) Tahakkuk

Sigortacının gelen tazminat talebini, önceden provizyon/e-provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, police teminat ve limitleri, "Police 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, police şartlarında katılım payı/muafiyet olması durumunda sigortalının sadece bu katılımları ödeyerek hizmet al-masıdır. Sigortacı tarafından, "Police Özel" ve "Genel Şartları" dahilinde, sigortacının 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 sigortacıya-iletterek, "Police 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 öde-me kapsamında değerlendirilebilmesi için, tedaviye ilişkin yapılan ödemeye ait fatura bilgilerinin sigortalı tarafından doldurularak sigortacıya iletilmesi gere-ken formdur.

Teminat

Sigortacının riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahüt ettiği güvencedir.

Limit

Poliçede her bir teminat için ödenebilecek azami

yıllık brüt tazminat tutarıdır. Brüt limit, sigortacı ta-rafından ödenebilecek tazminat ile sigortalı tarafın-dan ödenmesi gereken katılım payları ve muafiyet tutarlarının toplamıdır.

Muafiyet

Tazminat ödemesine konu sağlık giderinin sigortalı tarafından üstlenilen kısmıdır. Muafiyet, türüne göre sigortacının sorumluluğu başlamadan uygulanabile-ceği gibi her işlemde ya da belirli limit aralıklarında da uygulanabilir.

Ödeme Yüzdesi

Poliçede her bir teminat için belirtilen ve sigortacının ödemekle sorumlu olduğu oranı ifade eder.

Katılım Payı

Poliçede her bir teminat için belirtilen ödeme yüzde-sinden artakalan kısmın sigortalı tarafından üstlenil-diği oranı ifade eder.

Modül

Sigortacı tarafından sigorta ettirenin tercihine sunu-lan ve police kapsamını belirleyen teminat gruplarını ifade eder. (örneğin Yatarak Tedavi Modülü, Ayakta Tedavi Modülü vb.)

Prim

a) Sağlık Tarife Primi

Sigortalının modülleri, teminatları, ödeme yüzdesi, Network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kri-terlerleri 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 Primi'nin ilave edil-mesi ile oluşan prim tutarıdır.

c) Sağlık Net Primi

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

d) Toplam Police Primi

Sağlık Net Primi üzerine varsa hastalık (Hastalık Taz-minatı Teminatı Primi), Ferdi Kaza 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 sigor-ta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, sigortacının değerlendirmesi sonucunda, "Sağlık Tari-fe Primi" belli bir oranda ek prim uygulanarak, police kapsamına alınmasıdır.

Allianz Sağlıklı Puan

Allianz Sağlıklı Puan, Allianz Sigorta Sağlık Si-

gortası müşterilerine yönelik tasarlanmış bir para puan uygulamasıdır. 1 Sağlıklı Puan 1TL'ye karşılık gelmektedir. Sigortacı, puan kazanımı ve kullanım şartlarını değiştirme hakkını saklı tutar. Kampanya-lara ve puan kazanım kullanimlarına ilişkin detay-lar Allianz'ım mobil uygulaması ve/veya Allianz'ın kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgi-lendirme amaçlı ilan edilmektedir.

Yeni İş Police

Sigorta ettirenin Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürün-lerinden birini tercih ederek sigortalı adına sigortacı ile sözleşme akdettiği ve sigortalının kesintisiz olarak yer aldığı bireysel sağlık poliçelerinden ilkidir.

Transfer Police

Sigorta ettirenin Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürün-lerinden birini tercih etmesi sebebiyle diğer sigorta şirketlerinden veya Allianz Grup Sağlık poliçelerinden geçiş yaptığı sigortalı adına sigortacı ile sözleşme ak-dettiği ve sigortalının, teminat altına alındığı bireysel sağlık poliçesidir.

Yenileme Police

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

Zeyilname

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

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Allianz'da aralıksız devam eden Bireysel Sağlık Sigortası poliçelerinde yeni iş veya transfer poliçesine ilk giriş tarihidir.

Acil Diş Hastalığı

Ani gelişen, yaşam kalitesini ciddi ve ani olarak sek-teye uğratan, beslenme, konuşma gibi önemli ve gündelik faaliyetleri durduran, sigortalının acilen bir diş hekimine veya kliniğine başvurusunu gerektiren, diş veya çenede şiddetli bir ağrıya sebep olan ya da apse ve/veya kontrol edilemeyen kırık, çatlak veya kanamaya maruz bırakılan "hastalık, kaza ve yara-lanmaları" ifade eder.

Acil Durum

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucun-da ortaya çıkan ve geciktirilmesi mümkün olmaya-cak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, önemli bir tıbbi sorun olduğuna dair haklı bir tıbbi görüşe yol açan, "Dünya Sağlık Örgütü" ve "Sağlık Hizmet Tari-fesi" referans alınarak hazırlanmış, aşağıda yer alan Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur.

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

Terör

3713 numaralı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtildiği üzere; cebir ve şiddet kullanarak; baskı, korkutma, yıldırma, sindirme veya tehdit yöntemlerinden biriyle, anayasada belirtilen Cumhuriyet niteliklerini siyasi, hukuki, sosyal, laik, ekonomik düzeni değiştirmek; Devletin ülkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü bozmak, Türk Devleti'nin 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.

Yanlış Sigorta Uygulaması

Yanlış Sigorta Uygulamalarının tespiti, bildirim, kaydı ve bu uygulamalarla mücadele usul ve esasları hakkında yönetmenlik kapsamında; sigorta ilişkisi içerisindeki taraflardan ya da bu ilişkide rol oynayan kişilerden bir veya birkaçına haksız menfaat sağlamaya yönelik her türlü fiili ifade eder.

3. TEMİNATLAR

3.1. Yatarak Tedavi Modülü

Sigortalılar poliçede belirtilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, muafiyeti, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Yatarak Tedavi Modülü'nden faydalanabileceklerdir.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü, Kontrol Mamografi, PSA Tarama gibi ayakta tedavi hizmetleri Yatarak Tedavi Modülü'nün altında sunulmaktadır.

3.1.1. Yatarak Tedaviler

Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz Tedavi ve Tetkikleri, Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi, Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem Tedavi, Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Evde Bakım ve Tedavi, Tıbbi Malzeme ile Ambulans giderleri "Yatarak Tedaviler" limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

Yatarak Tedavi Modülü'nde yurt dışı teminatı tercih edilmiş ise, poliçede yurt dışında geçerli olduğu belirtilen teminatlar, yurt dışı sağlık kurumu limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

3.1.1.1. Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar

Sigortalının, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anestezi uzmanı vb.), ameliyathane, standart oda, yoğun bakım, yemek, refakatçi (1 (bir) kişi ile sınırlıdır), ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve tetkiklere (tahlil, röntgen vb.) ilişkin sağlık giderleri, "Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar" te-

minatı kapsamında poliçede belirtilen limit, muafiyet ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

"Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar" teminatı limitsiz olarak tercih edilmiş ise, sigorta yılı içinde hastanede yatış süresi 180 gün ile sınırlıdır. Normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları 2 gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

3.1.1.1.1. Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar, kalp pili, ICD (intra cardiac device), meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatları, 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 Tarife"sine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için "Sağlık Hizmet Tarife"sine göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

3.1.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi

Tedavinin ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak tedavi giderleri, "Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.1.2. 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 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.

3.1.1.3. Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ameliyat/Yoğun Bakım Sonrası Fizik Tedaviler ile Rehabilitasyon giderleri "Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak Yatarak Tedavi Modülü'nün limitsiz seçilmesi durumunda Anlaşma Harici Kurumlarda her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de sınırlıdır.

3.1.1.3.1. Ameliyat/Yoğun Bakım Sonrası Fizik Tedaviler 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/Yoğun Bakım Sonrası Fizik Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

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.

3.1.1.3.2 Rehabilitasyon

Sigortalının sigortalılık süresi içinde geçirdiği bir hastalık, sakatlanma veya yaralanmanın ardından (nörolojik hastalıklar, travma, ekstremit amputasyonu vb.), yitirdiği yaşam fonksiyonlarının (yürüme, yeme-içme, giyinip soyunma vb.) kısmen de olsa normale döndürülebilmesi için uygulanan tedavi yöntemi (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderler, tedavinin sigortalılık süresi içinde tamamlanması, hastanede yatarak yapılması ve bu durumun Sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla, "Yatış Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Bu teminatın limitinin/seansının aşılması durumunda poliçede yer alması halinde Ayakta Tedavi Modülü kapsamında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon teminat şartları, limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

3.1.1.4. Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik

Sigortalının ameliyat teminatı kapsamında karşılanan bir hastalığına ilişkin ameliyatından (yatış öncesi) en fazla 60 gün önce veya sigortalının hastaneden taburcu olmasından en fazla 60 gün sonra aynı hastalığı ile ilgili olmak üzere yapılan "Ayakta Tedavi Modülü" kapsamında değerlendirilen röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ilişkin işlemler ile taburculuk aşamasında yazılan reçete giderleri, poliçede belirtilen "Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Bu sağlık giderlerine ait gerekli belge ve faturaların ameliyat sonrasında sigortacıya ulaştırılması durumunda, ilgili giderler, "sonradan ödeme" kapsamında ödenir. Poliçede Ayakta Tedavi Modülü'nün yer alması durumunda söz konusu sağlık giderleri öncelikli olarak "Ayakta Tedavi Modül" teminatlarından karşılanır.

"Ayakta Tedavi Modül" kapsamında karşılanan sağlık giderlerine ait katılım payları bu teminatın konusu değildir.

3.1.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri

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

Ayakta veya yatarak gerçekleştirilmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler poliçede belirtilen "Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri" teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Kemoterapi, Radyoterapi ile Diyaliz Tedavi teminat limitinin aşılması durumunda bu tetkik giderleri, poliçede yer alması halinde Ayakta Tedavi Modülü kapsamında karşılanır.

3.1.1.6. 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, poliçede belirtilen "Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi" teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır. Kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile ilgili giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

3.1.1.7. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem

3.1.1.7.1. Küçük Cerrahi

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

Küçük Cerrahi, işlemlerinde "Acil Durum" tanımına uyan ve uygulanacak tedavinin veya işlemin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç (eczanedan alınmak üzere reçete edilecek ilaçlar, İlaç Teminatı kapsamında değerlendirilir), ameliyathane, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı giderleri ve doktor ücretleri de "Küçük Cerrahi" teminatından karşılanır.

Ancak, "Acil Durum" tanımına uymayan durumlarda; bu girişimlerle ilgili olsa dahi; her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç giderleri poliçede tercih edilmiş olması halinde, "Ayakta Tedavi Modülü" kapsamında karşılanır.

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

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

3.1.1.7.2. Tıbbi Gözlem Tedavi

Ayakta veya yatarak gerçekleştirilmiş olmasına ve yapılan işlemin "Sağlık Hizmet Tarifesi"ndeki birimine bakılmaksızın, yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere (gözlem/müşahede) ait sağlık giderleri poliçede belirtilen "Tıbbi Gözlem Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Bu kapsamda yapılacak işlemlerde kullanılacak malzeme, ilaç, doktor ücretleri ile "Acil Durum" tanımına uygun olması ve uygulanacak tedavinin veya işlemin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda ilgili tetkik giderleri "Tıbbi Gözlem Tedavi" teminatı kapsamında karşılanır.

Ancak, "Acil Durum" tanımına uymayan durumlarda, bu tedaviler ile ilgili olsa dahi; her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç giderleri poliçede varsa, "Ayakta Tedavi Modülü" kapsamında karşılanır.

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

"Ayakta Tedavi Modülü" kapsamında ilaç teminatı bulunması ve uygulanacak ilacın kapsam dahilinde olması kaydıyla her türlü enjeksiyon bu teminat kapsamında karşılanır.

3.1.1.8. 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, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklilik, 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 işleme cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen "Tıbbi Malzeme" teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde 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.

3.1.1.9. Ambulans

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

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

3.1.2. Suni UzuV

Sigortalının, sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu kaybolan organını yerine koyma amacıyla yine sigorta süresi içerisinde takılan protezler ile bu protezlerin bakımları ve vücutta implante edilen cihazlardan; koklear implantlar, insülin pompası ve gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile poliçede belirtilen "Sunı UzuV" teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.

3.1.3. Türkiye'de Tedavisi Olmayan Yatarak Tedaviler

Hastalığın tedavisi için gerekli tıbbi teknoloji ve bilginin Türkiye'de mevcut olmadığı yönünde sağlık kurulu kararının bulunması kaydıyla "Yatarak Tedaviler Teminatı" yurtdışında limitli olarak tercih edilen poliçelerde ek yurt dışı "Yatarak Tedavi Teminatı" olarak, Poliçe Özel ve Genel Şartları çerçevesinde yürürlüğe girer.

Söz konusu tedavi için gerekli tıbbi teknoloji ve bilginin Türkiye'de bulunup bulunmadığı üç hekimden oluşan bir sağlık kurulu kararıyla belirlenir. Sağlık kurulu sigortalıyı tedavi eden hekim, sigorta şirketi tarafından belirlenen hekim ile bu iki hekimin onayı ile belirlenecek üniversitede ilgili branşta öğretim görevlisi olan

üçüncü bir hekimden oluşur. Sağlık kurulunun tedavinin Türkiye'de yapılamadığı konusunda çoğunluk oyuyla karar vermiş olması gereklidir.

3.1.4. Kontrol Mamografi

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan kadın sigortalıların yaptıracağı 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.

3.1.5. PSA Tarama

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü olan erkek sigortalıların yaptıracağı PSA taramaya ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere internet sitemizde yer alan "Özel Anlaşmalı PSA Tarama Merkezleri"nde önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.1.6. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü Teminatı, koruyucu sağlık hizmetini amaçlayan, anlaşmalı aile hekimi muayene ve yaşa göre değişen tetkik giderleri, tanımlı işlemlerle sınırlı olmak üzere internet sitemizde yer alan "Özel Anlaşmalı Aile Hekimliği Merkezleri"nde önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Aile Hekimi Muayenesi ile Genel Sağlık Kontrolü, poliçede belirtilen limit ile sınırlıdır.

Anlaşmalı Aile Hekimleri dışındaki Aile Hekimlerinden gelen muayene ve tetkik giderleri bu teminattan ödenmez, varsa Ayakta Tedavi Modülü kapsamında değerlendirilir.

Genel Sağlık Kontrolü Tetkikleri	0 - 18 Yaş	19 - 40 Yaş	41 Yaş ve Üzeri
Hemogram	+	+	+
Sedimentasyon	+	+	+
Tam İdrar Tahlili	+	+	+
Açlık Kan Şeker	-	+	+
EKG	-	+	+
HDL Kolesterol	-	+	+
LDL Kolesterol	-	-	+
Total Kolesterol	-	+	+
Kreatinin	-	+	+
PA AC Grafi	-	+	+
SGOT	-	+	+
SGPT	-	+	+
Ürik Asit	-	-	+

3.2. Ayakta Tedavi Modülü

Ayakta Tedavi Modülü, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir.

Sigortalılar poliçede belirtilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Ayakta Tedavi Modülü'nden faydalanabileceklerdir.

3.2.1. Ayakta Tedaviler

Doktor muayene, ilaç, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler poliçede tercih edilmeleri kaydıyla belirtilen "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

Ayakta Tedavi Modülü'nde yurt dışı teminatı tercih edilmiş ise, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

3.2.1.1. Doktor Muayene

Sigortalının bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, tıp merkezi, klinik, poliklinik, özel muayenehane ve acil durumlarda evde, doktor tarafından fiziki olarak yapılacak muayeneler ile ilgili giderler "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Sigortacının "Anlaşmalı Muayenehane" uygulaması başlattığı illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak doktor muayene giderleri, poliçede belirtilen doktor muayene teminatı kapsamında %100'lü olarak karşılanır.

3.2.1.2. İlaç

Doktor tarafından yapılan fiziki muayene sonrasında 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, ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Ancak tedaviyi üstlenen doktor tarafından rapor ile sürekli kullanılması gerektiği belirtilen ilaçlar, "Poliçe Özel Şartları" dahilinde, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı tarafından onaylanması halinde 90 günlük dozlar halinde reçete edilebilir. Sigortacı tarafından kabul edilen ilaçlara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ve ilaçların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 15 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 sigortacının onay vermesi koşuluyla, ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

3.2.1.2.1. 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/
Menectra/Menveo,
0-3 yaş için 2 doz Hepatit A,
0-6 yaş için 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz,
Haemophilus Influenza B, 3 doz Hepatit B, 2 doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, 1 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 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, "ilaç" teminatı kapsamında poliçede belirtilen "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.2.1.3. Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun fiziki muayene sonrasında tetkik isteminde belirttiği kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar tetkikleri ile röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri, işitme testi ve solunum fonksiyon testi 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 gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamındadır.

3.2.1.4. İleri Tanı Yöntemleri

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun fiziki muayene sonrasında tetkik isteminde belirttiği bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, Pet-CT, nükleer tıp, her türlü biyopsiler Smear-yayma, punch veya iğne biyopsisi gibi yöntemler ile tanı amaçlı yapılan küretajlar bu teminatın kapsamında "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

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

Anjiyografi (Koroner Anjiyografi Ameliyat teminatı

kapsamında karşılanır) ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil) ile ilgili giderler de "İleri Tanı Yöntemleri" teminatı kapsamında karşılanır.

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

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

3.2.2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon işlemlerine ait giderler poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla belirtilen "Fizik Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

Fiziki muayene sonrasında; fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı 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.

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.

Poliçe yılı içinde karşılanacak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak ayakta tedavi modülünün limitsiz seçilmesi durumunda 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.

3.3. Doğum Modülü

Doğum Modülü, poliçede kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar için tercih edilebilir.

Bu modül, poliçede tercih edilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde geçerlidir.

Doğum Modülü'nün yürürlüğe girmesi için; "Bekleme Süreleri ve Teminat Hakedişleri" maddesindeki şartlar sağlanmalıdır.

3.3.1. Doğum Paketi

Normal doğum, sezaryen doğum, ve hamilelik ("Gebelik") komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler poliçede belirtilen Doğum Paketi limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

Poliçede ayrıca tercih edilmesi durumunda gebelik rutin kontrolleri de "Doğum Paketi" limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

"Limitsiz Doğum Paketi" tercihlerinde, paketten limitsiz faydalanabilmek için giderlerin "poliçede belirtilen Network'te" gerçekleşmesi koşulu aranmaktadır. Yurt dışında gerçekleşen;

- Normal doğum, sezaryen, gebelik komplikasyonları ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için poliçede Yatarak Tedavi Modülü'nde yurt dışı teminatı
- Gebelik rutin kontrolleri ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için poliçede Ayakta Tedavi Modülü'nde yurt dışı teminatı

tercih edilmesi gerekmektedir. Bu giderler; doğum paketi için poliçede belirtilen Yurt dışı Sağlık Kurumu limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

3.3.1.1. Doğum

Normal doğum ve sezaryen doğum poliçede belirtilen "Doğum" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.1.2. Gebelik Komplikasyonları Tedavi

Gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar [hiperemesis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi gibi], lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar, poliçede belirtilen "Gebelik Komplikasyonları Tedavi" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.3.1.3. Gebelik Rutin Kontrolleri

Gebelik rutin kontrolleri, poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerlidir.

Gebelik öncesi TORCH tetkiki ve gebelik sırasında gerçekleştirilen takip ve tetkikler, (TORCH, HIV, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.) gebelik dönemindeki periyodik doktor muayeneleri Gebelik rutin kontrolleri teminatından karşılanır.

Sigortacının "Anlaşmalı Muayenehane" uygulaması başlattığı illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak gebelik ilgili doktor muayene giderleri, poliçede belirtilen gebelik rutin kontroller teminatı kapsamında %100'lü olarak karşılanır.

3.3.2. Yenidoğan Paketi

Bebeğin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan muayene ve rutin tetkik giderleri [yeni doğan bebek kan grubu belirleme, metabolik tarama testi, otoakustik emisyon (işitme testi) gibi], "Yenidoğan Paketi" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Çoğul gebeliklerde yenidoğan paket limiti her bebek için ayrı ayrı uygulanacaktır.

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

3.4. Diş ve Gözlük Modülü

Diş ve Gözlük Modülü, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir.

Sigortalılar poliçede belirtilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Diş ve Gözlük Modülü'nden faydalanabileceklerdir.

3.4.1. Diş Tedavi

Diş hekimi tarafından yapılan fiziki muayene, diş ve ağız içi tedaviler, ameliyat ve protezler (endodontik, periodontik tedaviler ile ağız, diş ve çene cerrahisi, gömülü dişler, çene eklemi tedavisi, diş yaralanmaları gibi) poliçede belirtilen "Diş Tedavi" yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Diş Hekimi tarafından düzenlenen reçete ile alınan ilaç giderleri, varsa poliçedeki Ayakta Tedavi Modülü kapsamında yer alan "ilaç" teminatı kapsamında karşılanır.

Estetik amaçlı diş tedavileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik tedaviler "Diş Tedavi" teminatı kapsamında değildir.

Sigortacının "Kazançlı Diş Network" uygulaması başlattığı illerde, "Allianz Müşteri Hizmetleri" aranarak önceden randevu alınması koşuluyla, bu sistemde yer alan anlaşmalı diş hekimlerince yapılacak diş tedavileri, poliçede belirtilen diş tedavi teminatı kapsamında %90 ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Anlaşma Harici Kurumlarda gerçekleşecek her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de sınırlıdır.

3.4.2. Gözlük ve Lens

Gözlük ve lens teminatı, poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerlidir.

Sigortalının görme kusurunun sürekli kullanacağı numaralı gözlük veya lens ile giderileceğinin göz doktoru tarafından fiziki olarak yapılan muayene sonucunda reçete ile belgelendirilmesi durumunda, reçeteye bağlı olarak alınan gözlük cam ve çerçevesi (güneş gözlüğü hariç) ile numaralı lens, lens solüsyonu giderleri poliçede belirtilen "Gözlük ve Lens" limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

3.5. Ek Hizmetler Modülü

Ek Hizmetler Modülü, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir.

3.5.1. Sağlık Tarama ("Check-Up") Teminatı

Check-up teminatı, poliçede tercih edilmiş olması

kaydıyla sadece kendisi ve eş yakınlık derecesindeki sigortalılar için, poliçede belirtilen Network kapsamındaki Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşmiş olması kaydıyla geçerlidir.

Check-up teminatının yürürlüğe girmesi için, poliçe priminin peşinatının ödenmesi gerekmektedir.

Check-up hizmeti, yılda bir defa ve seçilen panel (check-up paketi) ile sınırlı olmak üzere internet sitemizde yer alan "Sağlık Tarama (Check-up) Merkezlerinde" önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

3.5.2. Prestij Paket Teminatı

Prestij Paket, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir. Aşağıdaki işlemlere ait giderler poliçede belirtilen "Prestij Paket" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

a) **İkinci Görüş:** Ameliyat gerektirecek hastalıklar için sigortalılarımızın hastalıkları ile ilgili detaylı bilgi edinmelerini ve tedavilerinin yeterliliği konusunun araştırılmasına imkan veren bir hizmettir. Bu hizmet; doktor raporu, tetkik sonuçları gibi gerekli evrakların sigortalılarımız tarafından temin edildikten sonra, sigortalılarımızın tıbbi dosyasının, konunun uzmanı yabancı hekimlerin görüşüne sunulması ile sağlanmaktadır.

b) **Hastanede Özel Hizmetler:** Poliçede geçerli olan Network kapsamındaki anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleşmiş olması kaydıyla suit oda, sigortalının yoğun bakımda kaldığı durumlarda refakatçi odası, hastanede özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi) ile hastanede yatışı sırasında gerekli olan kişisel bakım (şampuan,diş fırçası, diş macunu, sakal tıraşı gibi) giderlerini kapsamaktadır. Bu teminat belirtilen hizmetlerin sadece yatışın gerçekleştiği sağlık kurumu tarafından sağlanabilmesi durumunda geçerlidir.

c) **Yatarak Tedavi Sonrası Eve Nakil:** Sigortacı tarafından onay verilen Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi ve Yoğun Bakım yatışları, Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavisi ile Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanan kırık redüksiyonları, alçı uygulaması sonrası sigortalının eve nakil organizasyonudur. Bu hizmet sadece "Allianz Müşteri Hizmetleri"nin aranarak önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla geçerlidir. Provizyon alınmadan sigortalının kendisinin organize edeceği her türlü nakil kapsam dışındadır.

3.5.3. Gündelik Ameliyat Teminatı

Gündelik Ameliyat Teminatı, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir.

Sigortalının Yatarak Tedavi Modülü kapsamında kabul edilen ameliyatları nedeniyle gerçekleşecek

hastane yatışları için poliçe üzerinde belirtilen günlük tazminattır.

Bu teminat, her bir yatış – çıkış dönemi içinde tedavinin bir cerrahi kesi ile yapılması ve bu cerrahi işlemin "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile 150 birim ve üzerinde olması halinde geçerlidir.

Sigortalının ameliyatının gerçekleştiği tarih ile hastaneden taburcu olduğu (taburcu olduğu gün hariç) tarih arasında hastanede yatılan her gün için poliçe üzerinde belirtilen tutar kadar ödeme yapılır. Poliçe yılı içinde bu teminat kapsamında yapılacak tazminat ödemesi toplam 90 günü aşamaz. Ameliyat yapılmış olsa dahi, 24 saati doldurmayan hastane yatışları için ödeme yapılmaz.

3.6. Sağlık Dışı Teminatlar

3.6.1. Ferdi Kaza Teminatı (Kaza Sonucu Vefat ve Sürekli Sakatlık)

Sigortalının bir kaza sonrası vefat etmesi veya sürekli sakat kalması halinde "Ferdî Kaza Sigortası Genel Şartları" çerçevesinde yeni iş poliçelerde 18-64 yaş arası, (yenilemelerde 75 yaşa kadar devam ettirilmek üzere) sigortalılar için belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

3.6.2. Hastalık Tazminatı Teminatı

Hastalık Tazminatı Teminatı, poliçede tercih edilmiş olması kaydıyla geçerlidir. Bu teminatı yeni iş poliçelerde veya bir önceki yıl hastalık tazminatı teminatı bulunmayan yenileme poliçelerde 0 (dahil) – 50 (dahil) yaş arası sigortalılar için tercih edilebilir. Bir önceki poliçesinde hastalık tazminatı teminatı olması durumunda yenilemelerde 55 (dahil) yaşına kadar teminat tercih edilebilir.

Hastalık Tazminatı Teminatı, sadece kanser hastalığını kapsamaktadır. Kanser hastalığı, bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, gerek yerel ve gerek uzak noktalarda kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan habis hastalıklar grubudur.

Bu teminat; sigorta süresi içerisinde ve poliçedeki bekleme süresinin geçmesi sonrası sigortalıya kanser hastalığı teşhisinin konması halinde tercih edilen teminat limiti dahilinde sabit tazminatın ödenmesini kapsar. Teşhis, "Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi" maddesinde belirtilen evraklarla belgelendirilmelidir.

Hastalık Tazminatı Teminatı kapsamına girmeyen durumlar, "Teminat Dışı Kalan Haller" maddesinde belirtilmiştir.

Bu teminat için tazminat ödemesi yapıldığında teminat sona erer ve hastalık tazminatı teminatı yenilenmez.

4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ

4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi

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

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

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

- Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan hastalıklar ile poliçede istisna uygulanmış hastalıklar,
- "Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar" maddesinde istisnai bir durum belirtilmemiş ise doğumsal hastalıklar, genetik hastalıklar poliçe teminat kapsamı dışındadır.

4.2. Doğum Modülü Bekleme Süresi

Kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki sigortalının "Doğum Modülü" alabilmesi için gebe olmaması gerekmektedir.

Doğum Modülü bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için sigorta ettirenin tercih etmiş olduğu Network'e göre 5 veya 18 ay bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre poliçe üzerinde belirtilecektir.

Gebelik hakedişi hesaplamasında sigortalının son adet tarihi (SAT) dikkate alınır. SAT'ın poliçe üzerinde belirtilen 5 ya da 18 aylık bekleme süresi sonrasında ve gebelik takibinde yapılan ultrasonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

Poliçede belirtilen 5 ya da 18 aylık bekleme süresi tamamlanmadan başlayan gebelik ile ilgili tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Yenileme döneminde:

- Doğum modülüne ara verilmesi ve poliçeye doğum modülünün tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi, poliçede tercih edilen Network dahilinde yeniden başlayacaktır.
- Network artışı yapılması durumunda bekleme süresi yeniden başlar ve mevcut gebelik için sağlık giderleri ödenmez.
- Sigortalının gebe olması halinde, Doğum Modülü kapsam (örnek; limit, ödeme yüzdesi, teminat kapsam) artışı yapılamaz.

4.3. Diş Tedavi Bekleme Süresi

Acil Diş Hastalığı tanımı dışındaki diş hastalıkları, Diş Tedavi Teminatının sigorta kapsamına dahil olmasından 3 ay sonra teminat kapsamına alınır.

Yenileme döneminde; diş teminat limitinin artırılması durumunda bekleme süresi yeniden başlar.

4.4. Hastalık Tazminatı Bekleme Süresi

Hastalık Tazminatı Teminatı sigortalının sigorta kapsamına dahil olmasından 12 ay sonra teminat kapsamına alınır. Bu özel şartların "Tedavilerde uygulanacak bekleme süresi" maddesinde belirtilen bekleme süresine tabi hastalıklarla bağlantılı ortaya çıkan kanserler bekleme süresinin tamamlanmasından sonra teminat kapsamına alınır.

Yenileme döneminde teminat limiti artışlarında bekleme süresi yeniden uygulanmaz.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNA 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 olmamasına bağlı olarak kapsama alıp almama ya 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, Ferdi Kaza 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: Allianz'da kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış ve "Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne" hak kazanmış sigortalılar veya "Allianz Bebeği" olan sigortalıların;

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar (Allianz'da poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla)
- Genetik hastalıklar ve tedaviye yön verecek genetik testler (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, 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 ve/veya "Allianz Bebeği" olan sigortalılar için de teminat kapsamı dışındadır ve karşılanmaz. Allianz Bebeği'nin yenidoğan rutin tarama tetkikleri kapsam dahilindedir,

4. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,

İstisnai Durum: "Allianz Bebeği" olan sigortalıların doğum tarihinden itibaren ilk 60 gün içerisinde oluşan Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı "Prematürite" teminat limit ve ödeme yüzdesiyle karşılanır

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. 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 ile hastanede özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı ücretleri gibi)

- 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.) İştme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

İstisnai Durum: Poliçesinde "Prestij Paket Teminatı" olan sigortalılar için hastanede özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi) kapsam dahilindedir.

11. Yapıldığı kuruma ve yapan kişinin uzmanlığına 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. 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 kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler, vücudun herhangi bir bölgesine deldirme işlemi yapılması, piercing, küpe gibi aksesuarların takılması ve çıkarılması, dövme, saç boyası gibi

işlemler ile bu işlemler kapsamında takılan aksesuarların neden olduğu komplikasyonlar sonucu oluşan kontrol, muayene, tedavi, ameliyat giderleri ile her türlü estetik ve kozmetik amaçlı 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 çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,

14. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci vb.) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemle özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,

15. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,

- a.) Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri(check-up),
- 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 (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
- e.) Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,

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

17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,

- a.) T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağıışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,
- b.) Her türlü tıbbi çaylar, Sağlık Bakanlığı Geleneksel Bitkisel Tıbbi ürün (GBTÜ) ruhsatlı bitkisel ilaçlar ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları

ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler (Sağlık Bakanlığı Beşeri tıbbi ürün ruhsatlı bitkisel ilaçlar hariç),

- c.) Sağlık Bakanlığı ara ürün ruhsatlı ilaçlar (antiseptik solüsyonlar ve serum fizyolojik içeren burun spreyleri hariç)
- d.) Sağlık Bakanlığı CE belgeli ilaçlar (İnsülin iğne uçları ve sodyum hiyalüronat içeren intraartiküler eklem içi enjektörleri hariç)
- e.) İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,

18. Her türlü 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 hazır solüsyonlar, 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 sihi malzemeler,

21. 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),

22. Ses ve konuşma terapileri,

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

24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,

25. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşırı 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, spermogram, AMH -Anti Müllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
- b.) Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
- c.) Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol

ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,

26. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),

27. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkuminata 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 kızı, 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,

30. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider,

- a.) Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurtdışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
- b.) Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,
- c.) Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,

31. Organ, doku nakli ve kan transfüzyonu süreçlerinde vericiye/verici adayına (donöre) ait tetkik, ilaç, girişim, ameliyat ve komplikasyon giderleri, organ ve doku bedeli, koruma ve transfer masrafları,

32. 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 (kanseri tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),

35. Yatarak Tedavi Modülü limitsiz tercih edilen poliçelerde 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 tercih edilmeyen modül (Yatarak Tedavi, Ayakta Tedavi, Doğum, Diş, Gözlük, Ek Hizmetler gibi) ve teminatlar (Yurtdışı Kapsamı, Gebelik Rutin Kontroller gibi) ve poliçede belirtilen teminat açıklamalarında yer almayan her türlü tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,

37. Birden fazla sağlık poliçesi olan sigortalıların, diğer ürünlerinden karşılanan sağlık giderlerine ait sigortalı katılım payları,

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. Bekleme süresi kapsamındaki hastalık/rahatsızlıklar ile ilgili bekleme süresi içerisinde meydana gelen her türlü gider,

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

41. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş göreme parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin talepler,

42. Hastalık Tazminatı teminatı kapsamına girmeyen durumlar:

- a.) Bekleme süresine tabi organların/hastalıkların, bekleme içerisinde teşhis edilmiş kanser hastalığı durumları,
- b.) Teşhis daha sonra konulmuş olsa bile, sigorta başlangıç tarihinden itibaren ilk 12 ay içerisinde ortaya çıkan bekleme süresine tabi organların/hastalıkların kanserleri,
- c.) Poliçe öncesi var olan veya bekleme süresi içerisinde tanı konmuş ancak bekleme süresi dolduktan sonra ortaya çıkan, primer kanser hastalığına bağlı her türlü durum (metastaz, primer hastalıkla illiyet bağı bulunan tüm tanılar),
- d.) Hastalığın teşhis ve tedavisi için yapılan sağlık harcamaları,
- e.) Habışleşmekte olan tümörler veya histopatolojik olarak prekanser tanımlanan durumlar,
- f.) Melanom olmayan deri kanserleri,
- g.) HIV pozitif ya da AIDS teşhisi ile birlikte olan Kaposi Sarkomu, Non-Hodgkin Lenfoma ve rahim ağzı kanserleri ile ARC(AIDS ile ilişkili durumlar) sınıfında ele alınacak diğer kanserler

poliçe teminat kapsamında değildir.

6. COĞRAFI KAPSAM

Poliçe yer alan teminat tablosunda yurtdışı kapsamının tercih edilmiş olması kaydıyla ilgili teminatlar T.C'de ikamet eden sigortalılar için tüm dünyada aksi takdirde sadece Türkiye'de geçerlidir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Limit Uygulaması

Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve Yurt dışı Sağlık Kurumu olmak üzere üç 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 Yurt içi Anlaşmalı Sağlık Kurumları (AK) için limitli ise, bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları (AHK) ve (poliçede yurtdışı teminatının bulunması durumunda) Yurt dışı Sağlık Kurumları (YD) için ortak limit olup gerçekleşen tazminat ödemeleri toplamı ilgili teminatın brüt AK limitinden düşülerek kullanılır.

7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması

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

7.3. Muafiyet Uygulaması

Poliçede belirtilen ve sigortalı tarafından karşılanacak olan muafiyet tutarı; poliçede Anlaşmalı Sağlık Kurumu, Anlaşmasız Sağlık Kurumu ve varsa Yurtdışı Sağlık Kurumu için ortak tutardır.

7.4. Kalan Limit Hesaplaması

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

7.5. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

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

Sigortacı ile Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında akdedilmiş olan sözleşmelerde değişiklik yapılabilir. Bu sözleşmelerde yapılan değişiklikler nedeniyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında ömür boyu yenileme garantisi olan sigortalılar da dahil olmak üzere sigortalıya sunulan hizmetler, uygulamalar, sigortalı katılım payları ve benzeri hu-

suslar bakımından farklılıklar söz konusu olabilir. 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 gerçekleştirilen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" 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'in sorumluluğuna gidilemez.

7.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır. Ancak; Yatarak Tedavi Modülü'nde yer alan Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik teminatı ile ilgili sağlık giderleri Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda gerçekleşse dahi her durumda "sonradan 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, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve %100'lü olarak "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- "Kazançlı Diş Network" uygulamasının başlatıldığı illerde, "Allianz Müşteri Hizmetleri" aranarak önceden randevu alınması koşuluyla, bu sistemde yer alan anlaşmalı diş hekimlerince yapılacak diş tedavileri, diş tedavi teminatı kapsamında poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve %90 ödeme yüzdeli olarak karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Anlaşmasız Doktorlar

tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları 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; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri'nde gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Yurt dışı Sağlık Kurumlarında gerçekleştirilen sağlık giderleri poliçede belirtilen yurt dışı kurum teminat limiti, poliçede yer alan teminat açıklamaları ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Ancak, Yurt dışı danışma hattının ("Yurtdışı Danışma") kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, sadece Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi ve Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedaviler teminatları kapsamındaki işlemler "doğrudan ödeme" sürecinde yönetilebilmektedir.
- Sağlık Kurumu tanımına uymayan merkezlerin ilgili mevzuat kapsamında resmi merciler tarafından verilmiş bir yetkiye/lisansa dayanarak tıbbi ürün satma yetkisi olması durumunda, Tıbbi Malzeme teminatı kapsamındaki giderler, tıbbi ürün istek raporunun Sağlık Kurumu tanımına uyan yerlerden alınmış olması durumunda poliçe teminat kapsamı dahilindedir.
- Ek Hizmetler Modülünde yer alan Check-up, Prestij Paket Teminatları ile Yatarak Tedavi Modülünde yer alan Aile Hekimliği, Kontrol Mamografi, PSA Tarama teminatları poliçede tercih edilmiş Network dışında yapılması durumunda karşılanmaz.
- Ek Hizmetler Modülünde yer alan Gündelik Ameliyat ve Hastalık Tazminatı teminatları poliçede belirtilen Anlaşmalı/Anlaşmasız Kurum teminat limitleri, teminat açıklamaları ve ödeme yüzdeleri ile "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

Yatarak Tedaviler için, ön onay aşamasında kullanılan sigortacıya 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, modül ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş, Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, sigortacıdan 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 poliçede belirtilen katılım payını ve/veya muafiyetini ödemekle yükümlüdür.

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

Gündelik Ameliyat ve Hastalık Tazminatı teminatlarına ilişkin tazminat, "Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi" bölümünde açıklanan evraklar ile Sigortacı'ya başvurularak "Tedavi Masrafları Talep Formu" (TMT Formu) ekinde talep edilmesi durumunda, 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.

Hastalık Tazminatı teminatı için;

- Modüler Sağlık Sigortasını ilk defa alan sigortalılar için sigortalı giriş tarihinden itibaren ilk 12 ay içinde rizikonun gerçekleşmesi halinde teminat tazminat ödenmeksizin sona erer.
- Kanseri tazminatının ödenmesini takiben, ödeme yapılan sigortalı için teminat sona erer.

8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

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

1. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;
 - Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren "özel sağlık sigortalı hasta bilgi formu"nun doldurulması,
 - Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor rapor-

ları, 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 veya e-arşiv fatura,
- 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,
- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu,
- Tetkik istem formu ve sonuçları (fotokopi olabilir)
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
- Doktor muayenelerinde, gerekli görüldüğünde anamnez raporu (tıbbi kayıt),
- 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.)
- Yatış sonrası yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, ilgili ameliyat raporu, yoğun bakım epikrizi, rehabilitasyon nedenli yatışa ait epikriz ile fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor, varsa tetkik sonuçları (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık ta-kipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. (Doğrudan Ödeme aşaması dahil)
- Hastalık Tazminatı teminatı için; sigortalının teminat

kapsamında bulunan kanser hastalığına ilişkin onkolog raporu ve histopatoloji raporu

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.

“Yurt Dışı Danışma” Yapılan Tedavi Giderleri;

“Yurtdışı Danışma” hattının kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda ve varsa poliçede yurt dışı yatarak tedavi teminatının bulunması ve hastalık/rahatsızlığın teminat kapsamında bulunması durumunda, ameliyat, ameliyatsız tedaviler ve Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz teminatları doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilmektedir.

Telefon ile verilen danışmanlık hizmetleri, yapılacak tedavinin onaylandığı anlamını taşımaz. Sigortacı direkt ödeme onayını, sigortalının hastaneye yatışı ve yeterli tıbbi bilginin aktarılması neticesinde verir.

Yurt dışında yapılan tedavilere ait faturaların ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

Sonradan ödeme sürecinde talep edilen tıbbi belgelere ek olarak aşağıdaki belgelerde iletilmelidir.

- Sigortalının sağlık giderinin gerçekleştiği tarihlerde yurtdışında olduğuna dair belge (pasaport ön yüzü ve o tarihleri içeren pasaport giriş çıkış sayfa örneği),
- Fatura aslı ve veya ödemenin yapıldığına dair belgenin aslı,
- Son alacak/borç (balance) durumunu gösteren belge (itemized bill; bu dökümden ödeme tutarları, indirim tutarları gibi kalemler yer almalıdır).

Yurt dışında sigortalı tarafından ödenen tedavi giderleri, tedavinin bitiş tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak sigortalıya ödenir.

Bir poliçe döneminde yurtdışında kesintisiz 6 aydan daha uzun süreli ikamet söz konusu ise yurt dışında gerçekleşen tedavi giderleri sigortacı tarafından ödenmez.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1. Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi aşağıdaki koşullarla yenilenir.

- Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortacının, yeni

poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan riskleri teminat altına almaması ile yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.

- Sigortalıların poliçelerinde tercih edilmiş olan modül, network ve teminat detayları, değiştirilmeden yenilenir. Ancak, poliçede tercih edilmiş (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) yenileme döneminde geçerli değilse poliçe, en az biten poliçe kriterlerine haiz karşılıkları ile yenilenir.

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılacak poliçe dönemine kadar, Başvuru ve Beyan Formu'nda beyan edilen hastalık ve rahatsızlıklar için sigortaya kabulde istisna ve/veya hastalık ek primi uygulanmışsa, bu hastalıklar için tekrar değerlendirme yapılmaz.

- Sigortalının poliçeye ilk defa kabulünden itibaren ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkları için, “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” değerlendirmesi yapılacak poliçe dönemine kadar, istisna ve hastalık ek primi (sigorta başlangıç tarihi öncesi beyan edilmemiş hastalık/rahatsızlıklar hariç olmak kaydıyla) uygulanmaz.

- Sigortacının poliçeyi otomatik yenileme veya otomatik yenilememe hakkı saklıdır.

- Yenileme dönemlerinde yapılan risk değerlendirmesinde, şirketin risk kabul politikası kapsamında yenilemeye engel hallerin tespit edilmesi, Sigortalının, Sigortacı için önemli olan bilgileri ve mevzuat kapsamında gerekli olan onayları vermemesi, “Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi” maddesindeki durumların tespit edilmesi, sigortalının kötü niyetli ve yanlış sigorta uygulaması niteliğindeki hareketlerinin tespit edilmesi gibi durumlarda poliçe Sigortacı tarafından yenilenmeyebilir.

“Ömür Boyu Yenileme Garantisi” değerlendirmesi yapılmış ancak “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” bulunmayan sigortalılar için, sigortacının her yıl yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapma ve poliçeyi yenileyip yenilememe hakkı saklıdır.

Sigorta ettirenin yenilenecek poliçedeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, “Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar” başlığı altında yer alan “Teminat Değişiklik İşlemleri” maddesinde belirtilmiştir.

Sigortacının, sigortalıdan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi ve erişim sistemlerinin sigortacı tarafından ulaşılır olması kaydıyla sigortacı tarafından, aksi durumda sigortalı tarafından karşılanır.

Yenileme dönemlerinde kullanım istatistikleri, enflasyon ve benzeri kriterler esas alınarak sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin sigorta bedellerinde

artışlar yapılabilmektedir. Yapılan tüm değişiklikler, telif ve poliçe üzerinde belirtilmektedir.

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.

Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta poliçesinin satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarına haiz bir poliçe önerilir.

9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Poliçenin sigortacı tarafından mevcut plan (örnek: kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet gibi belirli kriterler) dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür. Bu taahhüt Sağlık Dışı Teminatlar ile Terör ve Doğal Afet Klozları ile teminat kapsamına dahil edilen olaylar nedeniyle oluşan sağlık giderleri bakımından geçerli değildir.

Sigortacı, sigortalının kesintisiz olarak üç yıl boyunca Modüler Sağlık Sigortasını devam ettirmesi ve sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasının, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarını sigortacıya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması, kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışının bulunmaması kayıt ve koşuluyla, üç yıl sonunda sigortalının geçmiş sigortalılık ve geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak, her bir sigortalı için ayrı ayrı olmak üzere ömür boyu yenileme garantisi hakkını değerlendirir ve uygun olanlara ömür boyu yenileme garantisi verir. 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 “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek prim uygulanması konusunda tekrar değerlendirme yapabilir,
- Allianz'daki “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkını kazanma tarihinden önce oluşan riskler için hastalık ek primi uygulamak sureti ile de “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı verebilir,
- Ömür Boyu Yenileme Garantisini vermeyip her yenileme döneminde risk değerlendirmesi yapabilir.

“Ömür Boyu Yenileme Garantisi” hakkı kazanıldıktan sonra;

- Sigorta ettirenin talebi olmadıkça ortaya çıkan has-

talık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.

- Sigortalının bu hakkı kazanmasından sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.

- “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” bulunan yenileme poliçelerine tazminat ek primi uygulanmaz.

- Sigortacı tarafından, 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 tekrar değerlendirerek hastalık ek primi uygulama hakkına sahiptir.

- Sigortalının poliçe süresi içerisinde ya da yenileme döneminde kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunduğu tespit edildiğinde, ömür boyu yenileme garantisi almış olsa bile poliçesi iptal edilebilir ve/veya yenilenmeyebilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel olup yalnızca bu hakkı kazanmış sigortalıya aittir, bu hakkı kazanan sigortalılar poliçede ayrıca belirtilir. 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. Bu değerlendirmede, sigorta başlangıç tarihi ile üç yılın tamamlandığı tarih arasındaki sağlık riskleri ile geçmiş sigortalılık ve geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeler esas alınır.

Poliçenin iptal edilmiş olması durumunda ömür boyu yenileme garantisi sona erer ve yeni poliçe taleplerinde “Yeni Giriş İşlemleri” maddesi kapsamında işlem yapılır.

Sigortacı ile Network’ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında akdedilmiş olan sözleşmelerde değişiklik yapılabilir. Bu sözleşmelerde yapılan değişiklikler nedeniyle ilgili Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında sigortalıya sunulan hizmetler, uygulamalar, sigortalı katılım payları ve benzeri hususlar bakımından farklılıklar söz konusu olabilir. 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 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 risk profilleri bazında, portföyün genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişkenlerdeki değişimleri, dünya ve Türkiye'de hastalık verilerini 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. Diğer bir deyişle, 1 birimlik tarife priminin (baz prim ile yaş, il vb. gibi faktörlerin çarpımı) üzerine 2 birimlik artış yapılarak, medikal enflasyon etkisi altında kalmamak koşuluyla, aynı kategorideki tarife primi toplamda en fazla 3 birim seviyesine gelebilir.

Sigortacının yenileme dönemleri itibarıyla, bu madde de yer alan indirim ve/veya ek prim oranlarında, kriterlerinde makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

Polİçe 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 adı soyadı / ünvanı ve poliçe numarası yazılmalıdır.
- 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 %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 Doğum Modülü tercih eden 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

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

Poliçede 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 Sağlıklı 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

Sigorta kapsamına kabulde, Başvuru ve Beyan Formu'nda ilgili poliçe kapsamında yer alacak her bir kişinin bilgilerinin bulunması gerekmektedir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmediği, T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden/edecek kişiler sigortaya kabul edilirler. Yurtdışı teminatı, T.C. dışında ikamet eden sigortalılar için geçerli değildir.

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 bekâr çocuklardan ibarettir. Anne ve babanın ya da fert ve eşin aynı poliçe kapsamında yer alabilmesi için kanunen evli olunması gerekmektedir.

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, 0-64 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. 0-5 yaş arası çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalanması şartı ile sigortalanabilirler. Ancak 6-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanma talepleri, sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla değerlendirilecektir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.

11.2. Başvuru ve Beyan Formu'nun Değerlendirilmesi

Başvuru ve Beyan Formu'nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları, varsa eski sigortalılık kayıtlarını, diğer sigorta şirketi geçişi ise oradaki bilgileri, kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığını, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın teklif edilen poliçe kapsamını (Network, modül, teminat, limit, ödeme yüzdesi 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, sigortacının başvuru kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer. Sigortacının, hastalık ek prim uygulama kararı alması durumunda sigortalı ilgili sağlık riskinin teminat kapsamı dışında bırakılmasını talep edebilir. Bu talebin sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde, söz konusu karar "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı değerlendirilmesine kadar tekrar değerlendirilmez.

11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi

Diğer aile bireylerinin (Eş, çocuk, yeni doğan bebek ve evlat edinilen veya bakmakla yükümlü olunduğu resmi belgelerle ispat edilebilen çocuklar dahil) mevcut poliçeye girişleri "Sigortalı Girişi" ve "Başvuru ve Beyan Formu'nun Değerlendirilmesi" maddeleri 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 sigortacının 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. Bir diğer deyişle, yürürlükteki poliçeye ara dönemde giren sigortalılar kesintisiz devam eden üçüncü tam yılın sonundaki ilk yenilemede Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır.

11.4. Allianz Bebeği

Sigortalının poliçesinde "Doğum Modülü" bulunması ve bu modülde yer alan teminatlardan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, doğan bebekler, doğum tarihlerinden itibaren 60 gün içerisinde sigortacıya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilmeleri durumunda, bu bebekler "Allianz Bebeği"olarak kabul edilirler.

Allianz Bebeği olarak kabul edilen bebeklerin poliçeye girişinde;

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir.
- "Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi" maddesi uygulanmaz.
- "Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar" maddesinin 3. bendinde yer alan "İstisnai Durum" bölümünde belirtilen hastalıklar/rahatsızlıklar sigorta başlangıç tarihi itibarı ile kapsam dahilindedir,
- Hastalık ek primi uygulanabilir.
- Doğum tarihinden itibaren ilk 15 günlük süre içerisinde yapılacak başvurularda;
 - Sigorta başlangıç tarihi, doğum tarihi olarak kabul edilir,
 - İstisna uygulanmaz.
- Doğum tarihinden itibaren 16-60'ıncı günler arasında yapılacak başvurularda ise;
 - Sigorta başlangıç tarihi, başvuru tarihi olarak kabul edilir,
 - Doğum tarihi ile poliçeye giriş tarihi arasında geçen sürede ortaya çıkan edinsel hastalıkları için istisna uygulanabilir.

"Allianz Bebeği" olarak poliçeye girişi yapılan sigortalıların doğum tarihinden itibaren 60 gün içerisinde oluşan Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderlerinin poliçe giriş tarihinden sonraki kısmı Yatarak Tedavi Modülü altında poliçede belirtilen "Prematürite" limit ve ödeme yüzdesiyle karşılanır.

Doğum tarihlerinden itibaren sigortacıya bildirim yapılmayarak ilk 60 gün içerisinde poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler, Allianz Bebeği olarak kabul edilmezler ve bu bebeklerin sigortaya kabulünde; standart yeni giriş kuralları uygulanır.

Poliçenin iptal edilmiş olması durumunda "Allianz Bebeği" hakları sona erer ve yeni poliçe taleplerinde bu hak verilmez.

11.5 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Sigorta ettiren poliçenin iptal edildiği tarihten itibaren 30 gün içerisinde meriyet talebinde bulunabilir. Bunun için sigorta ettirenin, sigorta aracıya ya da Allianz Müşteri Hizmetleri ile iletişime geçmesi ve Başvuru ve Beyan Formu'nun yeniden doldurulması gerekmektedir. Meriyet talebinde bulunulan başvurularda Sigortacı'nın poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama, gerekli görüldüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Bireysel/Grup Sağlık Poliçeleri dışında herhangi bir poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı veya bir ürünün ekinde verilen Sağlık Poliçeleri/teminatları ve/veya Acil Durum Poliçesi, Hastalık Poliçesi Modüler Sağlık sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Modüler 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. Teminat Değişiklik İşlemleri

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

Sigorta ettirenin yenilenecek poliçesindeki tercihlerini (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, sigortacı güncel sağlık beyanı olarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının, poliçe kapsamını (Network, modül, teminat, limit, ödeme yüzdesi gibi) değiştirme, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama, gerekli görüldüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

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

12.2. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş (Transfer) İşlemleri

Diğer sigorta şirketlerinde Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan 0-64 yaş aralığındaki kişilerin, Modüler Sağlık Sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Diğer sigorta şirketinin Sağlık Poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Başvuru ve Beyan Formu doldurularak Allianz'a başvurulmalıdır.
- Diğer sigorta şirketindeki sağlık sigortasında en az 1 tam yıl sigortalı olunmalıdır.

Bu koşulların sağlanmaması durumunda geçiş olarak değil, Yeni Giriş İşlemleri" maddesi kapsamında işlem yapılır.

Sigortacı sigortalı adaylarının diğer sigorta şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. Sigortacı, Modüler Sağlık Sigortalısı 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.

12.3 Allianz Grup Sağlık Poliçesinden Geçiş (Transfer) İşlemleri

Allianz Grup Sağlık sigorta poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Modüler Sağlık sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Grup sağlık poliçesinden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde "Başvuru ve Beyan Formu" doldurularak Allianz'a başvurulmalıdır.
- Grup Sağlık Poliçesi kapsamında en az 1 tam yıl sigortalı olunmalıdır.

Bu koşulların sağlanmaması durumunda geçiş olarak değil, Yeni Giriş İşlemleri" maddesi kapsamında işlem yapılır.

Sigortacı, sigortalı adaylarının grup poliçesinde kazanılmış haklarının devamına, beyanları, geçmiş sigortalılık bilgileri, kötü niyetli, yanlış sigorta uygulamasına sebebiyet verecek bir davranışta bulunup bulunmadığı ve Grup Sağlık Sigortalısı Sözleşme/Protokol koşullarına göre inceleyerek karar verir. Sigortacı, Modüler Sağlık Sigortalısı 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, sigortacının sigortalıya verdiği taahhütleri son bulur.

Poliçe priminin/taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir.

13.1. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta priminin tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin tesliminin karşılığında ödenmesi gerekir. Prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz. Türk Ticaret Kanunu ("TTK")1434. maddeye göre TTK 1431.maddeye uygun olarak istenilen sigorta primini ödemeyen sigorta ettiren mütemerrit olur. Prim ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanununun 1434. Madde hükümleri uygulanır.

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, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

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

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettiren'in ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, ancak sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, sigortacının hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, sigortacının 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 Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

Sigorta ettirenin, sigorta süresi içerisinde vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile

sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirebilir. 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 sigortacıya 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 Sigortalıları 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. Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde meslek ile sağlık durumundaki değişiklikleri sigortacıya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının Başvuru ve Beyan Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" olsa bile poliçe, sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı

hastalık/rahatsızlıkları, tekrar kapsama almak üzere değerlendirmez.

Sigortacının 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. sigortacının 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 düzenletmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri, yeni giriş işlemleri maddesinde belirtilen kriterlere uyulmaması, Sigortalının, Sigortacı için önemli olan bilgileri ve mevzuat kapsamında gerekli olan onayları vermemesi ve sigortalı/sigorta ettirenin gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunması ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli ve yanlış sigorta uygulaması niteliğindeki hareketlerin tespit edilmesi durumunda, sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma, poliçeyi iptal etme, ömür boyu yenileme garantisi verilmiş olsa bile poliçeyi yenilememe 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 bilgilerini esas alır.

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

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede sigortalı olan aile bireylerin-

den en az biri ile sigorta ettiren'e ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında poliçenin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski poliçe teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, bu tedaviler, poliçe sonlanmadan önce yatarak tedavinin başlamış, ön onayı alınmış ve poliçenin sonlandığı tarihte yatarak tedavinin devam ediyor olması kaydıyla sözleşme süresinin sona ermesini takip eden 10 (on) gün boyunca ve bu süreyi aşmamak üzere yeni bir sağlık sigortası yapılabildiği kadar teminat limiti ve poliçe özel şartları dahilinde devam edecektir.

14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartlara göre ödediği sağlık giderinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

Sigortacı, sigortalı/sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'na veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalıdan/sigortalılardan talep hakkı bulunmaktadır.

Sigortalının/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. Sigortacının anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle sigortacının bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

14.6. Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigorta/reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları veya reasürörün tabii 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'nın "Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller" başlıklı 3. maddesinin b bendinde teminat dışı kalan hal olarak belirtilen 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 sigorta süresi içinde hastalanmaları veya kaza sonucu yaralanmaları nedeniyle oluşan tedavi giderlerini kapsamaktadır.

Bu çerçevede yatarak yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri poliçedeki Yatarak Tedavi Modülü kapsamında, ayakta yapılacak tedaviler ise, poliçedeki Ayakta Tedavi Modülü ve poliçede yer alan plan kapsamında sigortacı tarafından değerlendirilecektir.

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. Doğal Afet Klozu

Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın "Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller" başlıklı 3. maddesinin a bendinde teminat dışı kalan hal olarak belirtilen Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde gerçekleşen deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması sonucu, sigortalıların sigorta süresi içinde yaralanmaları veya hastalanmaları nedeniyle oluşan tedavi giderlerini kapsamaktadır.

Bu çerçevede yatarak yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri poliçedeki Yatarak Tedavi Modülü kapsamında, ayakta yapılacak tedaviler ise, poliçedeki Ayakta Tedavi Modülü ve poliçede yer alan plan kapsamında sigortacı tarafından değerlendirilir. Bu kloz kapsamında muafiyet uygulaması bulunmakta olup, muafiyet tutarı poliçede belirtilir.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

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

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Madde 2 - Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışıdır.

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç karışıklıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak halî müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

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

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.

b) 2.nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

SİGORTANIN COĞRAFI SINIRI

Madde 4 - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

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

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

- a) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.
- b) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı bulunmaz ise sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 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 tebellüğü tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.
- c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- d) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko:

- 1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce,
- 2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde,
- 3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

- 1- sözleşmeyi fesheder,
- 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 tebellüğü tarihini takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, 8 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.

PRİMİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

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, öde-

me yapılmadığı sürece sözleşmeden 3 ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağına, muacceliyet gününden itibaren 3 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 Kanunu'ndan 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 değiştirmediği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da halel getirmez. (*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Madde 9 -

- A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:
 - Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren 8 gün içinde sigortacıya yazılı 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 alarak 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 dolduracak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

MASRAFLARIN TESBİTİ

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 yoksuz 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 hakembilirkişi 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 hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem- bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem- bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

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

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve 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 tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşamadıkça, 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 tespiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hu-

susunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

Madde 11 - Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

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

MÜŞTEREK SİGORTA

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

SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Madde 13 - Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık 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 sirlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sirların saklı tutulmasından sorumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

TEBLİĞ VE İHBARLAR

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

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

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

YETKİLİ MAHKEME

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

ZAMAN AŞIMI

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

ÖZEL ŞARTLAR

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

BİLGİLENDİRME FORMU, POLİÇE VE KATILIM SERTİFİKASI 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 paylaşılması 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.)

FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Madde 1 - İşbu poliçe, aşağıdaki şartlar dairesinde, sigortalıyı sigorta müddeti içinde maruz kalacağı kazaların neticelerine karşı temin eder.

Madde 2 - Bu poliçedeki "kaza" tabirinden maksat ani ve harici bir hadisenin tesiriyle sigortalının iradesi dışında ölmesi veya cismani bir arızaya maruz kalmasıdır.

Madde 3 - Aşağıdaki haller de kaza sayılır:

a) Birdenbire ve beklenilmeyen bir şekilde intihar eden gazların teneffüsünden

b) Yanıklardan ve ani bir hareket neticesinde adale ve sinirlerin incinmesi, burkulması ve kopmasından

c) Yılan veya haşerat sokması neticesinde husule gelen zehirlenmeler

d) Isırılma neticesinde meydana gelen kuduzdan mütevellit vefat hali veya cismani arızalar

Madde 4 - Aşağıdaki haller kaza sayılmaz:

a) Her nevi hastalıklarla bunların neticelerinin ve marazi bir halin

b) Sigortanın şümulüne giren bir kaza neticesinde vukua gelmediği takdirde, sühnetin, donma, güneş çarpması ve konjestiyon gibi tesirlerinin

c) Herhangi akıl ve ruh haleti ile olursa olsun, intiharın veya intihara teşebbüsün

d) Aşık sarhoşluğun, sigortanın şümulüne giren bir kazanın icap ettirmediği ahvalde uyuşturucu madde kullanmanın, ilaç ve zararlı madde almanın

e) Sigortanın şümulüne giren bir kazanın icabettirmediği cerrahi; müdahalenin (ameliyatın) ve her türlü şua tatbikinin, tevhit ettiği vefat hali veya cismani arızalar

Madde 5 - Aşağıdaki haller sigortadan hariçtir:

a) Harp veya harp mahiyetindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma veya bunlardan doğan iç kargaşalıklar

b) Grevlere, lokavt edilmiş işçi hareketlerine, halk hareketlerine kavgalara iştirak

c) Cürüm ve cinayet işlemek veya bunlara teşebbüs

d) Tehlikede bulunan eşhas ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır teh-

likeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması

e) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar

f) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj

g) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve buna bağlı sabotajlara katılmak

Suda boğulmalar, sigortanın şümulüne giren bir kaza neticesinde vuku bulmadığı takdirde, sigortadan hariçtir.

Madde 6 - Aksine mukavele yoksa aşağıdaki haller de sigortadan hariçtir:

a) Motosiklet ve takma motorlu bisiklet kullanmak ve bunlara binmek

b) Açık deniz balıkçılığı ile sürek ve sürgün avları, yaban domuzu vesaire vahşi hayvan avcılığı ve yüksek dağlarda avcılık

c) Dağlara ve cumudiyelere tırmanma suretiyle yapılan dağcılık, kar veya buz üzerinde yapılan bilumum sporlar (kayak, patinaj, hokey ve boksley gibi); cirit oyunu, manialı binicilik, polo, ragbi, eskrim, halter, güreş, boks, basketbol, futbol ve yelken sporları ile ağır ve tehlikeli jimnastik hareketleri ve profesyonel spor hareketleri

d) Her nevi spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları

e) Havada yolcu sıfatından gayri bir sıfatla uçuş

f) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması

g) 5. maddenin (e) bendinde belirtilen zararlar ve aynı maddenin (g) bendinde belirtilen terör ve sabotaj eylemlerine katılma hali hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler

SİGORTANIN MÜLKİ HUDUDU

Madde 7 - İşbu sigorta teminatı Türkiye hudutları dışında da caridir.

TEMİNAT NEV'İLERİ

Madde 8 - Verilen ve verilmeyen teminatların poliçenin ön yüzünde belirtilmesi kaydıyla, aşağıda belirtilen vefat ve daimi maluliyet teminatlarına ilave olarak, gündelik tazminat ve tedavi masrafları teminatlarının biri veya her ikisi verilebilir.

A) Vefat Teminatı:

İşbu poliçe ile temin edilen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren 1 sene zarfında vefatına sebebiyet verdiği takdirde, sigorta bedeli poliçede gösterilen menfaattarlara, yoksa kanuni hak sahiplerine ödenir.

B) Daimi Maluliyet Teminatı:

İşbu poliçe ile temin edilen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren 2 sene zarfında daimi surette maluliyetine sebebiyet verdiği takdirde, tıbbi tedavinin sona ermesini ve daimi maluliyetin kat'î surette tespitini müteakip, daimi maluliyet sigorta bedeli aşağıda münderiş nisbetler dahilinde kendisine ödenir.

Sigorta Bedelinin	(%)
İki gözün tamamen kaybı	100
İki kolun veya iki elin tamamen kaybı	100
İki bacağın veya iki ayağın tamamen kaybı	100
Bir kol veya bir el ile beraber bir bacağın veya bir ayağın tamamen kaybı	100
Umumi felç	100
Şifa bulmaz akıl hastalığı	100

	Sağ(%)	Sol(%)
Kolun veya elin tamamen kaybı	60	50
Omuz hareketinin tamamen kaybı	25	20
Dirsek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Bilek hareketinin tamamen kaybı	20	15
Baş parmak ile şahadet parmağının tamamen kaybı	30	25
Baş parmak ile beraber şahadet parmağından gayri bir parmağın tamamen kaybı	25	20
Şahadet parmağı ile beraber baş parmaktan gayri bir parmağın tamamen kaybı	20	15
Baş ve şahadet parmaklarından gayri üç parmağın tamamen kaybı	25	20
Yalnız baş parmağın tamamen kaybı	20	15
Yalnız şahadet parmağının tamamen kaybı	15	10
Yalnız orta parmağın tamamen kaybı	10	8
Yalnız yüzük parmağının tamamen kaybı	8	7
Yalnız küçük parmağın tamamen kaybı	7	6

	(%)
Bir bacağın dizden yukarsından tamamen kaybı	50
Bir bacağın dizden aşağısından tamamen kaybı	40
Bir ayağın tamamen kaybı	40
Bir ayağın bütün parmaklar dahil kısmen kesilmesi	30
Bir kalçanın hareketinin tamamen kaybı	30
Bir dizin hareketinin tamamen kaybı	20
Bir ayak bileği hareketinin tamamen kaybı	15
Bir ayak baş parmağının tamamen kaybı	8
Kırılan bir bacağın iyi kaynamaması	30
Kırılan bir ayağın iyi kaynamaması	20
Kırılan bir diz kapağının iyi kaynamaması	20
Bir bacağın 5 santimetre veya daha fazla kısalması	15
Bir gözün tamamen kaybı veya iki gözün rüyet kudretinin yarı yarıya kaybı	25
Her iki kulağın tamamen sağırlığı	40
Bir kulağın tamamen sağırlığı	10
Kırılan alt çenenin iyi kaynamaması	25
Amudi fikarının bariz inhına ile müterafik hareketsizliği	30
Göğüs kafesinde devamlı şekil bozukluğu yapan kaburga kırıklığı	10

Yukarıdaki cetvelde zikredilmemiş bulunan maluliyetlerin nisbeti, daha az vahim olsalar bile bunların ehemmiyet derecelerine göre ve cetvelde yazılı nisbetlere kıyasen tayin olunur.

Daimi maluliyet nispetlerinin tayininde Sigortalı'nın meslek ve san'atı nazarı itibara alınmaz.

Bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tabiri, o uzvun veya uzuv kısmının kat'î ve mutlak surette vazife görememesini ve kullanılamamasını ifade eder.

Bir kazadan evvel esasen hiçbir surette vazife göremeyen ve kullanılamayan bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tazmin olunmaz.

Bu kazadan evvel kısmen malul bulunan bir uzvun veya bir uzuv kısmının maluliyet nispeti kaza sebebiyle arttığı takdirde, tazminat, kazadan evvelki nisbet ile sonraki nisbet arasındaki farka göre hesaplanır.

Aynı kazadan dolayı muhtelif uzuvlarda veya uzuv kısımlarında meydana gelen maluliyetler için ayrı hesap edilecek tazminatın yekunu poliçede gösterilen meblağı geçemez.

Sigortalı solak olduğu takdirde, yukarıdaki cetvelde sağ ve sol el için tayin olunan nisbetler makûsen tatbik olunur.

C) Gündelik Tazminat

Sigortalı, kaza neticesinde muvakkaten çalışamayacak duruma düşerse, kendisine poliçede yazılı gündelik tazminat ödenir. Sigortalı, kısmen çalışabilecek durumda bulunduğu veya bilahare kısmen çalışabilecek duruma geldiği takdirde, o tarihten

itibaren gündelik tazminat yarıya indirilir. İşbu tazminat tıbbi tedavinin başladığı günden, sigortalının iyileşerek çalışabilecek duruma geldiği güne kadar ödenir, ancak bu müddet 200 günü geçemez.

D) Tedavi Masrafları Teminatı

Tedavi masraflarının da sigorta teminatına dahil olduğu poliçede ayrıca tasrih edilmiş olması şartıyla sigortacı, kaza gününden itibaren 1 sene zarfında ihtiyar edilmiş doktor ücreti ile ilaç, radyografi, banyo, masaj, hastane ve diğer tedavi masraflarını (nakil ücretleri hariç) poliçede bu teminat için tespit olunan meblağa kadar öder.

Tabii veya sunî sabit dişlere kaza neticesinde arız olan hasarların protez masrafları tedavi masrafları müemmen meblağının azami %10'una kadar tazmin olunur.

Tedavi masrafları için sigortalının çalıştığı müessese veya kanunen mecburi sigortalar tarafından vaki tediyeler sigortacının ödeyeceği tazminattan indirilir.

Tedavi masraflarının müteaddit sigortacılar tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar Sigortacılar arasında, teminatları nispetinde paylaşılır.

Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla mes'ul üçüncü şahıslara karşı tediye ettiği meblağ kadar sigortalının yerine kaim olur.

TEMİNAT NEV'İLERİNİN İÇTİMÂİ

Madde 9 - Bir kaza, vefat ve daimi maluliyet tazminatına aynı zamanda hak kazandırmaz. Ancak daimi maluliyet tazminatı almış bulunan Sigortalı, kazanın vukuu tarihinden itibaren 1 sene zarfında ve bu kaza neticesinde vefat ettiği takdirde, hak sahiplerine, sigortalıya ödenmiş bulunan daimi maluliyet tazminatı ile vefat tazminatı arasındaki fark ödenir.

Gündelik tazminat ve tedavi masrafları vefat veya daimi maluliyet tazminatından indirilmez.

KAZANIN NETİCESİNİ AĞIRLAŞTIRAN HALLER

Madde 10 - Bir kaza sonunda husule gelen neticeler, kazadan evvel mevcut olan veya sonradan meydana gelen ve her halde kaza ile ilgisi bulunmayan hastalık, bedeni teşekkülün bozukluğu veya sigortalının kusuru neticesinde tedavinin kifayetsiz, yanlış veya fena yapılmış olması sebebiyle vahamet kesbederse, ödenmesi icap eden tazminat miktardan husule gelmiş olan neticeye göre hesap edilmeyip, aynı kazanın tamamen sıhhatli bir kimsede tıbbi tedavinin tam ve fenni bir surette yapılmış olması şartı ile tevliht edileceği neticeye göre tayin edilir.

SİGORTA ETTİRENİN BEYAN MÜKELLEFİYETİ

Madde 11 - İşbu mukavele sigorta ettirenin beyanı esas tutularak akdedilmiştir.

Sigorta ettiren teklifname ve bunu tamamlayıcı vesikalarda kendisine sorulan suallere doğru cevap vermek ve sigortanın mevzuunu teşkil eden rizikonun takdirine müessir olabilecek hususattan kendisince bilinenleri de beyan etmekle mükelleftir. Sigorta ettiren, sigortanın daha ağır şartlarla temin edilmesini icap ettiren hallerde hakikate aykırı veya noksan beyanda bulunmuşsa:

a) Sigorta ettirenin kastı tahakkuk ederse, Sigorta Poliçesi hükümsüzdür.

b) Sigorta ettirenin kastı bulunmadığı hallerde sigortacı, rizikonun, ağırlığı ile mütenasip prim farkını almak suretile sigorta poliçesini yürürlükte tutmak veya feshetmek şıklarından birini seçer. Feshi şıkkını seçtiği takdirde, keyfiyeti, ittila tarihinden itibaren 1 ay içinde sigortalıya ihbar eder. Fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren 15 gün soruya öğleyin saat 12.00'de sigorta sona erer ve işlemeyen sigorta müddetine ait prim iade olunur. Müddetinde kullanılmayan fesih hakkı düşer. Hakikate aykırı veya noksan beyan halleri hasarı vukuundan sonra öğrenilirse, sigorta ettirenin kastı bulunan hallerde tazminat ödenmez, kastı bulunmayan hallerde, tahakkuk ettirilen primle, tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki nisbet dairesinde tazminattan indirme yapılır.

RİZİKONUN DEĞİŞMESİ

Madde 12 - Sigorta ettiren, teklifnamede beyan veya poliçenin hususi şartları içine dercedilmiş bulunan hususlarda sigorta müddeti içinde vuku bulacak bilcümle değişiklikleri -bilhassa meslek ve meşguliyet tebeeddülü, körlük ve sağırlık halleri, sar'a, kısmi veya tam felç, verem, akıl ve sinir hastalıkları gibi- sigortacıya yazılı olarak derhal ihbarla mükelleftir.

Değişiklikler rizikoyu ağırlaştırıcı mahiyette olup da sigortacıya en geç 8 gün içinde bildirilmiş ise sigortacı:

a) Munzam bir prim almak suretiyle sigortanın devamını kabul eder.

b) Veya keyfiyetten haberdar olduğu tarihten itibaren 8 gün içinde mukaveleyi fesheder.

Bu takdirde, sigorta, feshin yazılı olarak ihbarı ile sona erer ve işlemeyecek günlere ait prim, gün esasına göre iade olunur. Fesih hakkının müddetinde kullanılmaması halinde sigortanın hükmü devam eder.

Sigorta ettiren değişiklik keyfiyetini sigortacıya ihbar etmediği halde dahi sigortacı, vaki değişikliği öğrendikten sonra 8 gün içinde mukaveleyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigortanın hükmünün devamına razı olduğunu gösterir bir harekette bulunursa fesih hakkı düşer.

Munzam primin ödenmesinde uyuşulamazsa, fesih hakkını sigortalı da kullanabilir. Bu takdirde, mukavele feshin ihbarı ile hükümden düşer ve işlemeyecek günlere ait prim, kısa müddetli sigorta esasına göre, iade edilir. Değişiklikler rizikoyu hafifletici mahiyette olur ve primin indirilmesini icap ettirir ise değişikliğin ihbarı tarihinden itibaren prim farkı kısa müddetli sigorta esasına göre iade edilir.

Bu madde mevzuu ihbar mükellefiyeti yerine getirilmediği ve değişiklik rizikoyu ağırlaştırıcı mahiyette olduğu takdirde, sigortacı rizikonun tahakkuku halinde mes'ul olmaz. Meğerki tehlike ağırlaşması ile tahakkuk eden riziko arasında bir illiyet rabitası bulunmaya...

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTA ETTİRENİN VECİBELERİ

Madde 13 -

A) Rizikonun Gerçekleştiğinin İhbarı

Sigorta ettiren veya hak sahipleri rizikonun gerçekleştiğini öğrendikleri tarihten itibaren 5 gün içinde keyfiyeti sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

Sigorta ettiren veya hak sahipleri mezkur ihbarda kazanın yerini, tarihini ve sebeplerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan doktordan kazanın tevliht ettiği durum ile bunun muhtemel neticelerini mübeyyin bir rapor istihsal ederek sigortacıya göndermekle mükelleftir.

B) Tedaviye Başlama ve Lüzumlu Tedbirleri Alma

Kazayı müteakip derhal bir doktor çağrılarak gereken tedaviye başlanması ve kazazedenin iyileşmesi için icapeden bilcümle tedbirlerin alınması meşrutur. Sigortacı her zaman kazazedeyi muayene ve sıhhi durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına müsaade edilmesi mecburidir.

Kazazedenin tedavisi ve iyileşmesi hakkında sigortacının tabibi tarafından yapılacak tavsiyelere ve verilecek direktiflere riayet de şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında derpiş edilen vecibeler:

a) Kasten yerine getirilmediği takdirde, poliçeden doğan haklar zayı olur.

b) Kusur neticesinde yerine getirilmediği ve bu sebeple kaza neticeleri ağırlaştığı takdirde, sigortacı ağırlaşan kısımdan mes'ul olmaz.

C) Lüzumlu Vesaikin Tevdii

Sigorta ettiren veya hak sahipleri, kaza neticeleri ve tediyesi gereken meblağın tespiti ile ilgili olarak sigortacının isteyeceği lüzumlu vesaiki tevdi etmekle mükelleftir.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİNİ MÜTEAKİP MUKAVELENİN DURUMU

Madde 14 - Sigortacı veya sigorta ettiren tazminat tediyesini gerektiren bir kazayı müteakip sigorta mukavelesini işlememiş günler için fesih hakkını haizdir. Fesih hakkı tazminatın tediyeye edildiği günden sonra kullanılamaz.

Mukaveleyi sigortacı feshettiği takdirde, sigorta, fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren 15 gün sonra öğleyin saat 12.00'de sona erer ve işlememiş günlerin primleri, gün esasına göre, sigorta ettirene iade olunur.

Mukaveleyi sigorta ettiren feshettiği takdirde, sigorta feshin ihbarı ile hükümden düşer ve işlememiş günlere ait primler iade olunmaz.

TAZMİNATIN TESPİT ŞEKLİ

Madde 15 -

1) Bu poliçe gereğince ödenecek tazminatın miktarı evelemerde taraflar arasında uyuşularak tespit olunur.

2) Taraflar uyuşamadıkları takdirde, tazminat miktarı gerek vefat, daimi maluliyet ve çalışmaktan muvakkaten mahrumiyet hallerinin sebepleri, gerekse maluliyetin derecesi ve gündelik tazminat veya tedavi masrafları gibi tazminat miktarının tespitine müessir maddi unsurlar göz önünde bulundurulmak suretiyle hakem bilirkişi marifetiyle tespit edilir.

a) Taraflardan her biri, kendi hakem bilirkişisini tayin ve irac ve bu iki hakem bilirkişi tespit muamelesine başlamadan evvel, uyuşamadıkları hususlar hakkında kat'i kararlar ittihazi için ve selahiyeti buna münhasır olmak üzere tayinlerinden en geç 7 gün içinde üçüncü bir hakem bilirkişi seçer.

b) Taraflardan biri, diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içinde hakem bilirkişi tayin etmezse yahut tarafların hakem bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişinin intihabı hususunda 7 gün zarfında ittifak edemezse, ikinci tarafın hakem bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi ilk müracaatta bulunan tarafın talebi üzerine, 19. madde gereğince selahiyetli mahkeme tarafından tayin edilir.

c) Sigortalı hakem bilirkişisini tayinden sonra vefat ettiği takdirde, dahi hakem bilirkişi vazifesinin intacına kadar selahiyetli kalır.

d) Hakem bilirkişilerden birinin vefatı, istifası veya reddi halinde yenisini tayin selahiyeti, hakem bilirkişisi vefat veya istifa etmiş veya reddedilmiş olan tarafa aittir. Üçüncü hakem bilirkişinin vefatı, istifası veya reddi halinde de yenisinin intihabı selahiyeti evelemerde taraf hakem bilirkişilerine aittir. Bu selahiyetler (a) ve (b) bendleri hükümleri dairesinde kullanılır.

e) Taraflar, uyuştukları takdirde, tespit muamelesini tek hakem bilirkişiye dahi yaptırabilirler.

f) Taraflardan her biri, kendi hakem bilirkişisinin ücret ve masraflarını öder, üçüncü hakem bilirkişinin veya tek hakem bilirkişinin ücret ve masrafları taraflar arasında yarı yarıya taksim olunur.

g) Hakem bilirkişi heyeti veya tek hakem bilirkişi tetkikatını icrada Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'nun hükümleri ile bağlı olmayıp mutlak surette serbesttir.

h) Hakem bilirkişi kararlarına ancak Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'ndaki hakem kararlarına ait itiraz sebeplerine istinaden veya kararın aşık bir surette fenne veya hüsnüniyet kaidelerine aykırı olması halinde kararın tebliği tarihinden itibaren 15 gün içerisinde selahiyetli Asliye Mahkemesinde itiraz olunabilir.

3) Hakem bilirkişi heyetinin veya tek hakem bilirkişinin vereceği karar taraflar için kat'i ve nihai mahiyeti haizdir.

4) Tazminat miktarı taraflar arasında uyuşularak veya hakem bilirkişiler tarafından tespit edilmedikçe tazminatın ödenmesi için sigortacıdan bir guna mütalebatta bulunulamaz.

SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ

Madde 16 - Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde, temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 30 gün içinde dahi ödemediği takdirde, sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağından kararlaştırıldığı hallerde, bu 1 aylık sürenin ilk 15 gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak Sigorta ettirene bildirilir. Sigorta ettiren kimse, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ya da yazılı olarak kendisine bildirilmiş olan prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde, temerrüde düşer. Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde, sigorta teminatı durur. Rizikonun gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içerisinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.

Poliçenin ön yüzüne yazılması kaydıyla, rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esasından hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

İDARE MASRAFI İLE VERGİ, RESİM VE HARÇLAR

Madde 17 - Sigorta primlerine, sigorta bedeline ve poliçeye müteallik olarak halen mevcut veya ileride vaz olunacak vergi, resim ve harçlarla poliçede gösterilen idare masrafı sigorta ettirene aittir.

İKAMETGAH

Madde 18 - Sigortanın akdinde sigorta ettiren tarafından beyan edilen ikametgah adresi poliçeye dercedilir. Sigorta ettiren ikametgahını değiştirdiği takdirde, bunu derhal taahhütlü mektupla sigortacıya bildirmeye mecburdur. Aksi takdirde, sigortacı tarafından yapılacak tebligatın sigorta ettirene ulaşmamış olmasından doğacak bütün neticelerden sigorta ettiren mes'uldür.

SELAHİYETLİ MAHKEME

Madde 19 - Selahiyetli mahkeme, davanın sigorta ettiren tarafından ikamesi halinde sigortacının merkezinin veya poliçeyi tanzim eden acentenin, sigortacı tarafından ikame edilmesi halinde ise sigorta ettirenin 18. maddede zikri geçen ikametgahının bulunduğu mahal mahkemesidir.

MÜRÜRÜ ZAMAN

Madde 20 - Sigorta mukavelesinden doğan bütün mutalebeler, 2 yılda mürürü zamana uğrar.

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!

