

Allianz 

Allianz Yarınlar Umut Sigortası

Teminatlar/Özel ve Genel Şartlar

İÇİNDEKİLER

A - ALLIANZ YARINLARA UMUT SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	3	8 TAZMİNAT ÖDEMESİ	10
1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	3	8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	10
2 TANIMLAR	3	8.2 Sağlık/Hastalık Giderlerinin Belgelendirilmesi	11
3 TEMİNATLAR	4	9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ	11
3.1. Kritik Hastalık Tazminat Teminatı	4	9.1 Poliçenin Yenilenmesi	11
3.1.1. Kanser	4	9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi	12
3.1.2 Ensefalit	4	10 PRİM TESPİTİ	12
3.1.3 Motor Nöron Hastalığı	5	10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler	12
3.1.4 Parkinson ve Atipik Parkinson Sendromları	5	10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler	12
3.1.5 Alzheimer	5	10.3 Hasarsızlık İndirimi	12
3.1.6 Priyon Hastalıkları	5	10.4 Diğer İndirimler	12
3.1.7 Bakteriyel Menejit	6	11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	12
3.1.8 Uzun Süreli Koma Hali	6	11.1 Sigortalı Girişi	12
3.1.9 İnme ve Felç	6	11.2 Başvuru ve Beyan Formu'nun Değerlendirilmesi	12
3.1.10 Multipl Skleroz (MS)	6	11.3 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)	13
3.1.11 Kalp Krizi	7	12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	13
3.1.12 Aort Greft Ameliyatı	7	12.1 Teminat/Plan Değişiklik İşlemleri	13
3.1.13 Kalp Kapak Değişimi veya Onarımı	7	13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	13
3.1.14 Koroner Arter Bypass	8	13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta	14
3.1.15 Kafa içi ve Spesifik Omurilik Cerrahisi	8	Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal	14
3.1.16 Üçüncü Derece Yanık	8	13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi	14
3.1.17 Majör Organ Transplantasyonu	8	İçerisinde Vefatı	14
3.1.18 Son Dönem Böbrek Yetmezliği	8	14 EKLER	14
3.1.19 Ağır Solunum Yetmezliği	9	14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	14
3.1.20 Körlük	9	14.2 Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi	14
3.1.21 Sağırılık	9	14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	15
3.1.22 Uzuv Kaybı (Kol veya Bacak)	9	14.4 Ekonomik Yaptırımlar	15
4 BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ	9	14.5 Hizmetler	15
5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	10	B - SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI	16
6 COĞRAFİ KAPSAM	10		
7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	10		

ALLIANZ YARINLARA UMUT SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Yarınlara Umut Sigortası bir hastalık sigortası olup Allianz Sigorta A.Ş. ("Allianz"), sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içinde "Teminatlar" bölümünde belirtilen kritik hastalıklardan birinin poliçe bekleme süresinin tamamlanması sonrasında şikayetlerin başlaması ve teşhisi durumunda poliçede belirtilen tazminat tutarının ödenmesini Allianz Yarınlara Umut Sigortası Özel Şartları ("Özel Şartlar") ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar") ile Türk Ticaret Kanunu ("TTK"), sigortacılık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

Allianz Yarınlara Umut Sigortasında hastalıkların teşhis ve tedavisi için yapılan giderler poliçe teminat kapsamında değildir. Bu poliçe kapsamında hastalıkların teşhisi durumunda, poliçede belirtilen limitler ile sigortalılara nakit desteği sağlanır.

Poliçe kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede Sigortalı olarak belirtilen kişiler için 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. Bu Özel Şartlara tabi düzenlenen hastalık sigorta poliçelerinde Sigortacı Allianz'dır.

Sigortalı
Sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan ve poliçede ismi belirtilen kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren
Sigortacı ile sigorta sözleşmesi akdederek sigortalının menfaatini sigortacı nezdinde prim ödemek suretiyle teminat altına alan, sigortadan doğan yükümlülükleri yerine getirmekle yükümlü gerçek veya tüzel kişidir.

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

Plan
Teminatları, teminat limitlerini ve sigorta şirketinin ödeme yüzdesini 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 şikayetlerini aktarabildikleri 0850 399 99 99 numaralı telefon hattıdır.

Bireysel Hastalık 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 hastalık sigortası türüdür.

Hastalık
Psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarda organlarda veya sistemlerde bir doktor tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur. (Örnek: migren, gastrit gibi)

Rahatsızlık
Doktora başvurulmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir. (Örnek: baş ağrısı, mide bulantısı gibi)

Mevcut Hastalık/Rahatsızlık
Poliçenin 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, plan gibi) ve prim ödeme planını içeren ve sigorta ettiren ve sigortalı adayları tarafından imzalanması gereken formdur.

Beyan Yükümlülüğü
Sigorta ettirenin/sigortalının, gerek sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, gerek sigorta sözleşmesinin devamı sırasında sigortalıların mevcut tüm hastalık/rahatsızlıklarını veya riskin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları bildirme yükümlülüğüdür.

Sağlık Kurumu
T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel işletmeler veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta

tanı, tedavi hizmetlerini veren hastane, laboratuvar, tanı merkezi, poliklinik, doktor muayenehaneleri, eczane gibi kurumlardır.

Tazminat

Riskin gerçekleşmesi durumunda Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı tarafından onaylanan ve/veya ödenen tutardır.

Teminat

Sigortacının riskin gerçekleşmesi halinde, sigortalıya vermeyi taahhüt ettiği güvencedir.

Limit

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

Ödeme Yüzdesi

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

Prim

a) Tarife Primi

Sigortalının teminatları, ödeme yüzdesi, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen baz primini ifade eder.

b) Toplam Prim

Tarife Primi üzerine, poliçe özel şartlarında varsa indirim uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

Yeni İş Poliçe

Sigorta Ettiren'in bu üründe Sigortalı adına Sigortacı ile sözleşme akdettiği ve Sigortalının kesintisiz olarak yer aldığı hastalık poliçelerinden ilkidir.

Yenileme Poliçe

Sigortalıyı bu üründe sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla bir yıl daha teminat altına alan poliçedir.

Zeyilname

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

Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalının, Allianz'da aralıksız devam eden poliçelerinde yeni iş poliçesine ilk giriş tarihidir.

Yanlış Sigorta Uygulaması

Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik 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. Kritik Hastalık Tazminat Teminatı

Bu teminat, aşağıdaki kritik hastalıklardan birinin poliçe bekleme süresinin tamamlanması sonrasında şikayetlerin başlaması ve teşhisi durumunda poliçede belirtilen tazminat tutarının Özel ve Genel Şartlar kapsamında ödenmesini kapsamaktadır. Hastalıklara ilişkin detaylar aşağıda açıklanmıştır. Her bir hastalık için "İstinaleler" bölümünde belirtilen durumlar poliçe teminat kapsamı dışındadır.

Hastalığa ilişkin teşhis, "Teminatlar" maddesindeki "Gerekli Şartlar" ile Özel Şartlar'ın 8 numaralı "Tazminat Ödemesi" maddelerinde belirtilen evraklarla belgelendirilmelidir.

Teminat, hastalıklardan sadece birinin gerçekleşmesi hâli için verilmiş olup, bu poliçe kapsamında sadece bir hastalık için ödeme yapılacaktır. Diğer hastalıklar için ödeme yapılmayacaktır.

3.1.1. Kanser

Tanım:

Histolojik doğrulama ile pozitif olarak teşhis edilen, bazı etkilerle değişime uğramış olan kötü huylu hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve dokulara yayılmasıyla karakterize herhangi bir kötü huylu tümördür. Bu tanım; lenfoma ve lösemi de içermektedir.

Gerekli Şartlar:

Tanı, anamnez/ameliyat raporu, histopatoloji raporu ile desteklenmelidir. İlk tanı anına ait anamnez raporu, tetkik sonuçları (ilk biyopsiyeye ait patoloji ve evreleme için yapılan tetkikler dahil) iletilmelidir.

İstinaleler:

- İnvaziv olmayan kanserler, insitu kanserler, çok erken dönemde kötü huylu değişiklikler gösterse de doku içine sınırlı, yayılım göstermeyen tümörler ve erken evre tedavisiz takip edilen kanserler (RAI sınıflamasına göre evre 2 ve altı Kronik Lenfositik Lösemi, deriye sınırlı lenfoma gibi),
- Histolojik olarak prekanseröz tüm lezyonlar (hiperplazi, metaplazi, displazi gibi),
- Malign Melanom olmayan deri kanserleri,
- HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) varlığında olan Kaposi Sarkomu, her türlü Lenfoma ve rahim ağzı kanserleri,
- AIDS varlığında her türlü tümör

3.1.2 Ensefalit

Tanım:

Çoğunlukla enfeksiyonlara bağlı olarak beynin iltihaplanması sonucu kalıcı beyin hasarının oluşmasıdır. İştihayı, hafızayı, kas kontrolünü, dokunma hissinin, konuşmayı ve görmeyi etkileyebilir.

Gerekli Şartlar:

Kesin ensefalit tanısı nöroloji/enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından konmalıdır. İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (ayırıcı tanıdaki diğer hastalıkların olmadığını kanıtlamak için yapılanlar dahil) ile tanı ve kalıcı nörolojik hasar desteklenmelidir.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı nörolojik hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir.

İstinaleler:

- Kalıcı nörolojik hasara neden olmayan ensefalit,
- Benzer semptomlara neden olan diğer hastalık, ilaç ve travmalar

3.1.3 Motor Nöron Hastalığı

Tanım:

Motor Nöron hastalığı (MNH); konuşma, yürüme, yutkunma ve vücudun genel hareketi de dahil olmak üzere istemli kas aktivitesini kontrol eden motor nöronları etkileyen bir grup nörolojik bozukluktur. Amyotrofik lateral skleroz (ALS), Progresif bulbar palsi (PBP), Primer lateral skleroz (PLS), Progresif muskuler atrofi (PMA) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Gerekli Şartlar:

Kesin MNH tanısı nöroloji uzmanı tarafından konulmalıdır.

İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (ayırıcı tanıdaki diğer hastalıkların olmadığını kanıtlamak için yapılanlar dahil) ile tanı desteklenmelidir.

İstinaleler:

- Tanımda belirtilen motor nöron hastalıkları dışındaki kas ve sinir hastalıkları.

3.1.4 Parkinson ve Atipik Parkinson Sendromları

Tanım:

Motor ve motor dışı sistemleri etkileyen merkezi sinir sisteminin ilerleyici bir nörodejeneratif hastalık grubudur. Parkinson, Progresif supranükleer palsi (PSP), Multipl Sistem Atrofisi (MSA) bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Gerekli Şartlar:

Kesin tanısı nöroloji uzmanı tarafından konulmalıdır. İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (ayırıcı tanıdaki diğer hastalıkların olmadığını kanıtlamak için yapılanlar dahil) ile tanı desteklenmelidir.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir.

İstinaleler:

- Parkinson benzeri semptomlara neden olan diğer hastalıklar,
- İlaç etkileri ve/veya yan etkileri nedeniyle Parkinson benzeri semptomların olduğu durumlar,

3.1.5 Alzheimer

Tanım:

Günlük yaşamsal aktivitelerde azalma (idrar tutama vb.) ve bilişsel yeteneklerde bozulma (ilerleyici unutkanlık vb.) ile karakterize, nöropsikiyatrik semptomların ve davranış değişikliklerinin eşlik ettiği nörodejeneratif bir hastalıktır.

Gerekli Şartlar:

Kesin tanısı nöroloji uzmanı tarafından konulmalıdır.

İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (ayırıcı tanıdaki diğer hastalıkların olmadığını kanıtlamak için yapılanlar dahil) ile tanı desteklenmelidir.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir.

İstinaleler:

Demansa (bunama) neden olan diğer hastalıklar, (vasküler demans, normal basınçlı hidrosefali gibi) ilaçlar ve travmalar.

3.1.6 Priyon Hastalıkları

Tanım:

Priyon hastalıkları (bulaşıcı süngerimsi ensefalopatiler), bellek değişiklikleri, kişilik değişiklikleri ve hareket ile ilgili sorunlar ile karakterize ilerleyici beyin işlev bozukluklarıdır. Beyin dokusunda çok sayıda küçük deliklerin görünmesi nedeniyle süngerimsi tabiri kullanılmıştır. İnsanlarda görülen priyon hastalıkları; klasik Creutzfeldt-Jakob hastalığı, yeni varyant Creutzfeldt-Jakob hastalığı, Gerstmann-Sträussler-Scheinker sendromu, fatal familyal insomnia ve kuru hastalığıdır. Hayvanlarda görülen formu deli dana olarak adlandırılır.

Gerekli Şartlar:

Kesin tanı uzman doktor tarafından konulmalı ve histopatolojik (beyin biyopsi) olarak kanıtlanması gereklidir.

İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları, ayırıcı tanıdaki diğer hastalıkların olma-

diğini kanıtlamak için yapılanlar dahil) ile tanı desteklenmelidir.

İstisnalar:

Benzer semptomlara neden olan diğer beyin hasarı oluşturan hastalıklar, durumlar.

3.1.7 Bakteriyel Menenjit

Tanım:

Beynin koruyucu zarı olan, beyin ve omuriliği kaplayan meninkslerin bakteriyel etkenler ile iltihaplanması sonucu kalıcı nörolojik hasarın oluşmasıdır.

Gerekli Şartlar:

Kesin tanı nöroloji ve/veya enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından konulmalıdır. İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (Menenjitte sebep bakterisi varlığının tespiti için yapılan kan testleri, lomber ponksiyon, ayırıcı tanıdaki diğer hastalıkların olmadığını kanıtlamak için yapılanlar dahil) ile tanı ve kalıcı nörolojik hasar desteklenmelidir.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı nörolojik hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir.

İstisnalar:

- Kalıcı nörolojik hasara neden olmayan bakteriyel menenjit,
- Bakteriyel enfeksiyon dışında menenjitte sebep olabilecek diğer etkenler (viral menenjit, tüberküloz menenjit vb.),
- Benzer semptomlara neden olan diğer hastalık, ilaç ve travmalar

3.1.8 Uzun Süreli Koma Hali

Tanım:

Tüm dış etkilere karşı canlandırılmayan tepkisizlik ile tanımlanan beyin fonksiyonu yetersizliğidir.

Gerekli Şartlar:

Tanı, yoğun bakım uzmanı tarafından konulmalıdır. Koma durumu, en az 96 saat boyunca bir yaşam destek sistemi kullanılarak devam etmeli ve kalıcı nörolojik hasar ile sonuçlanmalıdır. Tanı ve kalıcı nörolojik hasar, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları ile desteklenmelidir. Komaya neden olan hastalık veya travmaların ilk tanı tarihine ait hastane raporları (anamnez raporları ve tetkik sonuçları) iletilmelidir.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir veya koma halinin devamı durumunda nöroloji uzmanı tarafından kalıcı nörolojik hasarın belgelendiği son durum raporu iletilmelidir.

İstisnalar:

- Tedavi aracı olarak "suni koma" veya tedavi nedeniyle koma durumunun uzatılması,
- Direkt olarak alkol, uyuşturucu veya amaç dışı ilaç kullanımından kaynaklanan koma,

3.1.9 İnme ve Felç

Tanım:

İnme; Emboli veya kanamaya bağlı beyin hücrelerinin zarar görmesi veya ölmesi sonucu kalıcı nörolojik hasarın oluşmasıdır.

Felç; Kaza veya hastalık sonucu, sinirlerin ya da kasların işlev kaybı sonucu uzuvlarda tam ve kalıcı hareketsizlik durumudur. Monopleji (sadece bir kol ya da bacakta olan felç), parapleji (her iki bacak felci), hemipleji (vücudun sağ ya da sol yani bir yarısında meydana gelen felç), tetrapleji (her iki kol ve her iki bacak felci).

Gerekli Şartlar:

Kesin tanı, nöroloji uzmanı tarafından konulmalıdır.

İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (elektrofizyolojik, radyolojik vb.) ve son durum raporu ile tanı ve kalıcı nörolojik hasar desteklenmelidir.

Kalıcı olduğunun kabul edilmesi için beynin etkilenen bölgesi ile uyumlu motor fonksiyon kaybına neden olan kalıcı nörolojik hasarın olay tarihinden itibaren en az 6 hafta sonra da devam ediyor olması gerekmektedir.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı nörolojik hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir.

İstisnalar:

- Geçici iskemik atak,
- Tek başına yüz felci,
- Motor kayıp olmadan sadece duyu kayıpları,
- Periferik sinir hasarına bağlı felç,

3.1.10 Multipl Skleroz (MS)

Tanım:

Beyni ve omuriliği (merkezi sinir sistemi) etkileyen, sinir hücrelerini çevreleyen koruyucu miyelin kılıfın hasar görmesinden kaynaklanan otoimmün (kendi bağışıklık hücrelerinin sinir sistemine saldırısı) bir hastalıktır.

Gerekli Şartlar:

Hastalığın en az iki atakla ortaya çıkması, motor fonksiyon belirtilerinin en az 6 aydan beri devam ediyor olması gerekmektedir. Ataklar sonucu kalıcı olarak kol veya baktan en az birinin fonksiyon kaybı gelişmiş olmalıdır.

Kesin MS tanısı nörolog tarafından konmalıdır. İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (elektrofizyolojik, radyolojik vb.) ile tanı desteklenmelidir.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir.

İstisnalar:

Diğer nedenlerle (diğer otoimmün hastalıklar, damar hastalıkları, bakteriyel veya viral hastalıklar) benzer semptomlara neden olan merkezi sinir sisteminde oluşan rahatsızlıklar.

3.1.11 Kalp Krizi

Tanım:

Kalp kasının bir bölümüne giden kan akışının zayıflaması veya tamamen kesilmesi sonucu kalp dokusunun kalıcı hasara uğraması veya ölmesidir.

Gerekli Şartlar:

- Kalp krizi, poličede aşağıda belirtilen tüm kriterlerin eş zamanlı birlikte ortaya çıkması halinde teminat kapsamındadır.
- Kardiyoloji uzmanı tarafından kalp krizi tanısı konulması ve tanının tetkik sonuçları (anjiyografi) ile desteklenmesi gereklidir.
- Kalp krizi belirteçlerinden en az üç tanesinin bulunması gerekmektedir.

- Tipik klinik semptomlar (örneğin karakteristik göğüs ağrısı).
- EKG 'de (Elektrokardiyogram ' da) yeni iskemik bulgular (yeni ST-T değişiklikleri veya yeni Sol Dal Bloğu bulgusu, yeni patolojik Q dalgası).
- Kardiyak enzimlerin veya Troponinlerin miyokard enfarktüsüne karakteristik yükselişi,
- Sol ventriküler ejeksiyon fraksiyonunun (sol kalbin kasılma gücü) kalp krizinden itibaren 3 ay ve sonrasında %45'in altında olması

- Kardiyoloji uzmanı veya kalp damar cerrahi uzmanı tarafından tıkanıklığın giderilmesi için işlem (anjiyoplasti, hemolitik tedavi, stent takılması, bypass cerrahisi) yapılmış olması gerekmektedir.
- Kalp krizi nedeniyle hastane yatışına ait epikriz ve işlem raporu, tetkik sonuçları (elektrofizyolojik, radyolojik vb.) iletilmelidir.

İstisnalar:

- Stable (kararlı) veya Unstable (kararsız) Anjina Pektoris (göğüs ağrısı),
- Kalp krizi olmaksızın miyokardit (kalp kası iltihabı), endokardit ve perikarditin, benzer klinik tabloya ve tetkik sonuçlarına neden olması durumu,
- Poliče öncesi ve bekleme süresi içerisinde koroner arter hastalığı tanısı olması durumu

3.1.12 Aort Greft Ameliyatı

Tanım:

Aort Greft Cerrahisi, torasik ve/veya abdominal aort (ana atardamar) yaralanması veya hastalığında, aortun bir sternotomi/torakotomi veya laparotomi ile greft kullanılarak cerrahi olarak onarılmasıdır. Aortun üç yaygın hastalığı; Aort anevrizması, Aort diseksiyonu ve Aort koarktasyonudur.

Gerekli Şartlar:

Aortun sternotomi/torakotomi veya laparotomi ile eksizyonu ve cerrahi olarak bir greft ile onarıldığına dair ameliyat raporu ve epikriz ve işlem öncesine ait tetkik sonuçları (bilgisayarlı tomografi ve/veya endoskopik ultrason) iletilmelidir.

İlk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (elektrofizyolojik, radyolojik vb.) ile tanı desteklenmelidir.

İstisnalar:

- Minimal invazif endovasküler teknikler kullanılarak gerçekleştirilen ameliyatlara (Örn: EVAR) kapsam dışıdır.
- Stent yerleştirilmesi veya endovasküler onarım gibi diğer herhangi bir cerrahi prosedür kapsam dışıdır.
- Torasik ve abdominal aortun dallarına yapılan cerrahi işlemler kapsam dışıdır.

3.1.13 Kalp Kapak Değişimi veya Onarımı

Tanım:

Kalp kapağında, torakotomi veya sternotomi ile cerrahi olarak bir veya birden fazla kalp kapakçığının onarılması veya prostetik kalp kapakçığı ile değiştirilmesidir. Bu işlem yetmezlik, darlık veya her iki faktörün birlikte bulunduğu durumlarda aort, pulmoner, triküspit ve mitral kapakçığın yerine prostetik kapakçık takılmasını veya onarılmasını kapsar.

Gerekli Şartlar:

Tanı ve ilgili hastalık / ameliyat nedeniyle hastane yatışına ait epikriz ve ameliyat raporu ve işlem öncesine ait tetkik sonuçları (Eko sonucu) iletilmelidir.

Bir veya daha fazla kalp kapakçığının torakotomi veya sternotomi ile değiştirilmesi veya onarılması gerekmektedir.

Kapak hastalığının ilk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (elektrofizyolojik, radyolojik vb.) ile tanı desteklenmelidir.

İstisnalar:

- Minimal invazif endovasküler teknikler kullanılarak gerçekleştirilen ameliyatlara (Örn: TAVİ),
- Poliče öncesi ve bekleme süresi içerisinde kalp kapak hastalığı tanısı olması durumu

3.1.14 Koroner Arter Bypass

Tanım:

Koroner damarın daralması veya tıkanması nedeniyle bir veya daha fazla kalp damarının yerine by-pass grefti (başka bir damar) konularak yapılan açık kalp ameliyatıdır (Koroner Arter By-Pass Cerrahisi).

Gerekli Şartlar:

Tanı ve ilgili hastalık / ameliyat nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, ameliyat raporu ve işlem öncesi tetkik sonuçları (anjyografi) iletilmelidir.

Kalp damar hastalığının ilk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları (elektrofizyolojik, radyolojik vb.) ile tanı desteklenmelidir.

İstisnalar:

- Lazer tekniği ve diğer damar içi müdahaleler,
- Poliçe öncesi ve bekleme süresi içerisinde koroner arter hastalığı tanısı olması durumu

3.1.15 Kafa İçi ve Spesifik Omurilik Cerrahisi

Tanım:

Kafa İçi cerrahiler: Yaşamı tehdit eden, kalıcı beyin hasarına neden olan; travma ve kafa içi iyi huylu tümör sonrası yapılan cerrahi işlemlerdir.

Spesifik Omurilik Cerrahisi: Spinal kordda lokalize, kalıcı nörolojik hasar ile sonuçlanan, iyi huylu spinal kord (omurilik) tümörlerin cerrahi tedavisidir.

Gerekli Şartlar:

Tanı ve ilgili hastalık/ameliyat nedeniyle hastane yatışına ait epikriz, ameliyat raporu ve işlem öncesi tetkik sonuçları ile desteklenmelidir. İşlem sonrası kalıcı nörolojik hasar olduğu ilgili belgelerde belirtilmiş olmalıdır.

İlgili hastalık nedeniyle oluşan kalıcı hasarın belgelendiği engelli raporu (%60 ve üzeri engellilik durumu olmalıdır) iletilmelidir.

İstisnalar:

- Beyin hasarı gerçekleşmeden oluşan kafa yaralanması,
- İyi huylu tümör dışı nedenlerle gerçekleşen omurilik ve vertebra cerrahileri,
- Hipofiz, bezindeki tümörler,
- Anjiyomlar

3.1.16 Üçüncü Derece Yanık

Tanım:

Derinin tüm tabakalarının yanması durumudur. Yanık, derinin yağ tabakasına kadar nüfuz eder, kemik, kas ve tendonlarda kalıcı hasara neden olabilir. Buna ek olarak, yanık bölgesinde kahverengi, siyah veya

beyaz lekeler görülebilir. Sinir uçları tahrip olduğu için bölgede his kaybı gözlenir. Bu türdeki yanıklar, yoğun bir tedavi ve rehabilitasyon süreci gerektirir.

Gerekli Şartlar:

Aşağıdaki şartlardan en az birinin doktoru raporu ile belirtmesi gerekir. Bu rapor yanık merkezi, yanık merkezine ulaşamadığı durumlarda tedavinin yapıldığı kurum tarafından verilmiş olmalıdır. Rapor ile birlikte hastane epikrizi de iletilmelidir.

- Vücut yüzey alanının toplam en az %20'sinde üçüncü derece yanık
- Tek başına Baş ve boynun en az %30'unda üçüncü derece yanık olduğunun belgelenmesi gereklidir.

İstisnalar:

- Birinci ve ikinci derece yanık alanı hesabı,
- Belirtilen vücut yüzey alanından daha düşük üçüncü derece yanıklar

3.1.17 Majör Organ Transplantasyonu

Tanım:

İşlevini yitirmiş kalp, akciğer, karaciğer, pankreas (Langerhans adacık hücre nakli hariç), böbrek veya kemik iliği yerine yapılan nakli kapsamaktadır.

Gerekli Şartlar:

Kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, pankreas (Langerhans adacık hücre nakli hariç), kemik iliği nakli yapıldığına dair işlem raporu ve epikriz gönderilmelidir.

Yetmezliğe neden olan hastalık ve durumların ilk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları ile tanı desteklenmelidir.

Sigortalının aşağıdaki kanıtları sunması durumunda tazminat, nakil yapılmadan önce ödenebilir.

- İkamet ettiği ülkede resmi olarak kabul edilmiş bir organ bekleme listesine girmesi,
- Organ naklinin en yakın zamanda gerçekleştirilmesi gerektiğine dair uzman raporu getirmesi,
- Organ naklinin en iyi tedavi olduğuna ve hastalığın hayati tehlikesi olduğuna dair heyet raporu

İstisnalar:

- Tanımda geçen organlar dışındaki organ, doku veya hücrelerinin nakli ile insülin pompası yerleşimi ve pankreas langerhans adacık hücre nakli,
- Sigortalının Donör (verici) olduğu durumlar

3.1.18 Son Dönem Böbrek Yetmezliği

Tanım:

Böbrek yetmezliği, böbreklerin kandaki atık maddeleri yeterince filtreleyemediği tıbbi bir durumdur. Böbrek yetmezliğinin son safhasında, her iki böbrek de

fonksiyonunu iyileştirilemeyecek derecede tamamıyla kaybeder, dolayısı ile diyaliz veya böbrek nakli gerekir.

Gerekli Şartlar:

Tanı, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz, görüntüleme yöntemleri (batın USG) ve laboratuvar tetkikleri (üre, kreatinin, eGFR) ile desteklenmelidir. Her iki böbreğin kronik, geri dönüşü olmayan fonksiyon bozukluğu sonucunda sürekli diyaliz tedavisine veya böbrek nakline başvurulmasının gerekliliğini belirten ilgili uzman doktor tarafından konulmalıdır.

Yetmezliğe neden olan hastalık ve durumların ilk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları ile tanı desteklenmelidir.

İstisnalar:

Düzenli diyaliz veya böbrek nakli gerektirmeyen böbrek yetmezlikleri, akut böbrek yetmezlikleri

3.1.19 Ağır Solunum Yetmezliği

Tanım:

Akciğerlerin kronik, kalıcı hastalıkları sonucunda, akciğer dokularının zarar gördüğü, yeterince oksijeni kana aktaramadığı ve karbondioksiti kandan çıkaramadığı durumlardır.

Gerekli Şartlar:

Zorlu vital kapasitenin (FVC) ve 1. saniyedeki zorlu ekspirasyon hacminin (FEV1) normalin %40'ından az olduğu akciğer fonksiyon testleri ile kanıtlanmalı, göğüs hastalıkları uzmanı tarafından en az 6 ay süre ile günde en az 15 saat oksijen konsantratörü kullanım ihtiyacı olduğuna dair hazırlanmış rapor iletilmelidir.

Yetmezliğe neden olan hastalık ve durumların ilk tanı anına ait anamnez raporu, ilgili hastalık nedeniyle hastane yatışına ait epikriz raporu, tetkik sonuçları ile tanı desteklenmelidir.

İstisnalar:

- Akut solunum yetmezlikleri,
- Akciğer hastalığı dışında başka bir nedenle gelişen ağır solunum yetmezlikleri,
- Yoğun bakım yatışı sırasında herhangi bir nedenle gelişen ağır solunum yetmezliği tanısı,
- Poliçe öncesi astım, KOAH veya başka kronik akciğer hastalığı tanısının konmuş olması

3.1.20 Körlük

Tanım:

Telafi edilmesi mümkün olmayan ve tıbben ispat edilmiş her iki gözdeki tam ve kalıcı görme kaybıdır.

Gerekli Şartlar:

Her iki gözde tam körlüğün kalıcı olduğu bir göz hastalıkları uzman doktor raporu ile doğrulanma-

lıdır. Görme yardımcılarının kullanımı ile test edildiğinde bile, görme yetisinin, bir Snellen göz tablosu kullanılarak daha iyi gözde 1/50 veya daha kötü olarak ölçüldüğü kalıcı ve iyileştirilemez görme kaybını kapsamaktadır.

İstisnalar:

- Kısmi veya azalmış görüş

3.1.21 Sağırılık

Tanım:

Her iki kulakta da tam ve kalıcı işitme kaybıdır.

Gerekli Şartlar:

Her iki kulakta işitmenin gerekli tedavi süreci sonrası geri dönüşümsüz olarak tamamen kayıp olduğunun, BERA testi ve diğer odyolojik tetkik sonuçları ile Kulak Burun Boğaz uzmanı içeren bir heyet raporu ile belgelenmesi gerekmektedir.

- Saf ton odyogramda daha iyi olan kulaktaki 500-1000-2000-4000 Hz saf ses ortalama eşik değeri 90 desibel ve üzeri olması,
- BERA testinin sonucunda; 90 desibelde 5.dalgı elde edilememesi.

Ani işitme kayıplarında nedenine yönelik tedavinin tamamlandığına ve işitme kaybının kalıcı olduğuna dair doktor raporu iletilmelidir.

İstisnalar:

- Kısmi veya azalmış işitme (işitme kaybı derecesi 90 desibel altı olması).

3.1.22 Uzun Kaybı (Kol veya Bacak)

Tanım:

Kaza veya hastalık sonucu kol veya bacağın bilek ve bilekten yukarı kısımlarının kalıcı olarak fiziksel kaybıdır.

Gerekli Şartlar:

Uzun kaybına neden olan hastalık veya kazanın hastane çıkış raporu (epikriz) ameliyat raporu ve son durum raporunun iletilmesi gereklidir.

İstisnalar:

- Hastalığa bağlı uzun kayıplarında, kayba neden olan hastalığın şikayet başlangıç ve tanı tarihinin poliçe bekleme süresi sonrası olması gereklidir.
- Bilekten aşağı kısımların (örneğin parmak kesilmesi) kayıpları kapsam dışıdır.

4. BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ

Bu üründe her bir hastalık için bekleme süresi sigorta başlangıç tarihinden itibaren 90 gün olup, bu süre içerisinde kaza durumları hariç olmak üzere teşhis

edilmiş hastalıklar sigortanın kapsamı dışındadır. Poliçe başlangıç tarihinden itibaren 90 gün içinde rizikonun gerçekleşmesi halinde poliçede bu hastalık için tazminat ödemesi yapılmaz.

Poliçe kesintisiz olarak yenilediği takdirde yenilenen poliçe için 90 günlük bekleme süresi uygulanmaz. Kesinti söz konusu olduğunda, kesintiyi izleyen ilk poliçe için bekleme süresi uygulanacaktır.

Yenileme döneminde, daha geniş plana geçişlerde tüm hastalıklar için 90 günlük bekleme süresi yeniden başlamaktadır. Aynı plan için daha yüksek limite geçişlerde bekleme süresi yeniden uygulanmaz.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar poliçe teminat kapsamı dışındadır. Sigortacı, teminat dışı kalan hal maddelerinde değişiklik yapabilir. Bu maddede yapılan değişiklikler, sigortalının yenilenen poliçesinin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartlarında düzenlenmiş teminat dışı kalan haller,

2. Poliçede Teminatlar bölümünde belirtilmemiş hastalıklar,

3. Teminatlar maddesinde düzenlenmiş her bir hastalık için "İstisnalar" bölümünde belirtilen haller,

4. Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) mevcut hastalık/rahatsızlıklarla ilgili haller,

5. Bekleme süresi içerisinde ortaya çıkan hastalık/rahatsızlıklar,

6. Poliçe öncesi ve bekleme süresi içerisinde geçirilmiş hastalık, ameliyat, travmaların uzun dönem komplikasyonları ve bunlarla bağlantılı kritik hastalıklar (hipertansiyon ve damar tıkanıklığı, prekanseröz lezyon, diyabet vb. neden olan hastalıklar/rahatsızlıklar),

7. Kesin tanı konulmamış ve/veya ön tanı aşamasındaki kritik hastalıklar,

8. Salgın hastalıklar ile Teminatlar kapsamında olsa bile salgın hastalıklar sonucu oluşan kritik hastalıklar,

9. Hastalığın teşhis ve tedavisi için yapılan harcamalar,

10. Psikolojik ve psikiyatrik kökenli semptomlar, hastalıklar ve/veya bu hastalıklara bağlı gelişen kritik hastalıklar,

11. Mesleki hastalıklar ve iş kazaları sonucu oluşan durumlar,

12. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar (dağcılık, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motosiklet ve otomobil sporları gibi) ile profesyonel veya amatör lisanslı sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelecek hastalık ve sakatlıklar,

13. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan kritik hastalık durumları,

14. Sigortalının vücudunda alkol, uyuşturucu madde bulunması sırasında oluşan kazalara bağlı hastalık/rahatsızlıklar,

15. Sigortalının gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanması sonucu oluşan kazalara bağlı hastalık/rahatsızlıklar,

16. Her türlü estetik amaçlı müdahale, alternatif uygulamalar sonucu oluşan durumlar ve buna bağlı gelişen hastalıklar,

17. AIDS'e bağlı gelişen her türlü hastalık ve rahatsızlık ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu oluşan hastalık/rahatsızlık

poliçe teminat kapsamı dışındadır.

6. COĞRAFI KAPSAM

Türkiye'de ikamet eden kişiler için; poliçe dâhilinde bulunan hastalıkların teşhisinin Türkiye veya Türkiye dışında herhangi bir ülkede konmuş olması halinde, sigortalı tazminat talebine hak kazanabilir.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Kritik Hastalık tazminatı, bu Özel Şartların "Teminatlar" maddesindeki "Gerekli Şartlar" ile "Tazminat Ödemesi" maddesinde belirtilen gerekli belgelerin Sigortacı'ya iletilmesi sonrası Sigortacı tarafından Poliçe Özel ve Genel Şartları dahilinde yapacağı değerlendirme sonucuna göre karşılanır.

8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

8.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalıya yapılacak olan tazminat ödemesinin değerlendirilebilmesi için teminat kapsamında bulunan kritik hastalığa ilişkin olarak, Özel Şartlar'ın 3 numaralı "Teminatlar" maddesinde yer alan hastalıkların "Gerekli Şartlar" bölümlerinde belirtilen raporların

ve belgelerin Sigortacı'ya ulaştırılması gerekmektedir. Tazminat, "Gerekli Şartlar"ın sağlandığı tarihteki poliçeden ödenir.

Yabancı dilde düzenlenmiş belgelerin noter tasdikli Türkçe tercümesi Sigortacı'ya iletilmelidir. Ödemelerde, belgelerin asılları gereklidir. Ayrıca Sigortacı'nın kayıtlarında olmaması durumunda TC Kimlik Numarası/Yabancı Kimlik Numarası ve/veya Vergi Kimlik Numarası bilgisinin sigortalı tarafından bildirilmesi gerekmektedir.

Gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz şekilde Sigortacı'ya ulaştırmasını takiben Özel Şartlar ve TTK'da öngörülen süreler içerisinde Sigortacı tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

Ödemeler, sigortalının, sigortalının vefatı durumunda ise hak sahibinin banka hesap numarasına havale yolu ile yapılır.

Riziko gerçekleşince varsa ilgili poliçe kapsamında Sigorta Ettiren tarafından ödenecek primler, Sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat tutarından indirilir. Tazminat ödenmesini takiben, ödeme yapılan sigortalı için poliçe sona erer.

8.2 Sağlık/Hastalık Giderlerinin Belgelendirilmesi

Sigortalının teminat kapsamında bulunan kritik hastalıklardan birine ilişkin Gerekli Şartlar'ın gerçekleşmesi (rizikonun gerçekleşmesi), durumunda aşağıdaki belgeler ve özel şartların 3 numaralı "Teminatlar" maddesinde yer alan hastalıkların "Gerekli Şartlar" bölümlerinde belirtilen belgeler ile tazminata başvurusu esastır.

- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb,
 - Teşhise yönelik tetkik istem formu ve sonuçları,
 - Teminat kapsamındaki durumların etyolojisinde bulunan hastalıkların doktor raporları hastane kayıtları (örnek: kalp krizinde hipertansiyon ve kalp damar hastalıkları, diyabet, obezite vb kronik hastalıklar)
 - 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.
 - Yurt dışında yapılan tedavilere ait rapor ve tetkiklerin Türkçe tercümeleri,
 - Sigortalının başvuru anındaki son durumunu detaylı fizik muayene bulguları ile belirten son durum raporu,
 - Engellilik raporu: Teminat tanımındaki ilgili hastalığa bağlı gelişen engellilik oranları dikkate alınır. Farklı hastalıklar nedeniyle belirtilen engellilik oranları düşülerek kapsam dahilindeki oran bulunur.
- Sigortalının poliçe kapsamındaki hastalıklar sonucu vefat etmesi durumunda da tazminat talebi için gereken belgelerin kanuni varisleri tarafından tamamlanarak tazminata başvurulması esastır.

Sigortacı, gerekli görmesi halinde 2. Görüş, ek tetkik, rapor, heyet raporu vb. isteyebilir. Sigortalı, tazminatın tespiti ile ilgili olarak Sigortacı'nın isteyeceği tüm belgeleri sağlamakla yükümlüdür. Sigortacı, sigorta süresi öncesinde ve sigortalı olunan süre içerisinde, sigortalıyı tedavi eden tüm doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tanı ve tedavisi hakkında bilgi alma ve her türlü kayıt kopyalarını isteme hakkına da sahiptir. Sigortalı bu nedenden dolayı gerek Sigortacıya ve gerekse tedavisi hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarına karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğini kabul eder. Sigortacı kendi adına, gerçekleşen giderleri incelemek için bağımsız temsilciler atayabilir.

9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

9.1 Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi, yeni iş olarak Allianz Yarınlara Umut Sigortası poliçesine kabul edilmesinden itibaren en fazla 70 (dahil) yaşına kadar, aşağıdaki koşullarla yenilenir:

- Sigorta süresinin bitiminden önce sigorta ettiren ve Sigortacının karşılıklı anlaşması gerekmektedir.
- Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda yenileme haklarının geçerliliğini kaldırılması hakları saklıdır.
- Yenileme dönemlerinde tazminat istatistikleri, enflasyon ve benzeri kriterler esas alınarak Sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme kapsamında ilgili poliçede yer alan teminatlara ilişkin sigorta bedellerinde artışlar yapılabilmektedir. Yapılan tüm değişiklikler, teklif ve poliçe üzerinde belirtilmektedir.
- Sigortacının Allianz Yarınlara Umut Sigortası ürününün satışına veya plan opsiyonlarına son verme hakkı saklıdır. Böyle bir durumda mevcut devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, poliçe bitiş tarihlerine dek devam ettirilir ve ürün/plan satışına son verilmesi durumunda bu tarihten sonra poliçe yenilenmez.
- Sigortacının otomatik yenileme yapması durumunda, sigortalıların poliçelerinde kriterler (plan içeriği, limit gibi) değiştirilmeden ya da mevcut planın geçerli olmaması durumunda ek risk değerlendirmesi gerektirmeyen en yakın planla yenilenir. Ek risk değerlendirmesi gerektiren durumlarda ise poliçe yenilenmeyebilir.
- Sigortalının, sigortacı için önemli olan bilgileri ve mevzuat kapsamında gerekli olan onayları vermemesi, "Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi" maddesindeki durumların tespit edilmesi, sigortalının, sigortacı için önemli olan bilgileri ve mevzuat kapsamında gerekli olan onayları vermemesi, 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, sigortacının risk kabul politikası kapsamında

riskli gördüğü hususların olması ve benzeri durumlarda poliçe yenilenmeyebilir.

- Tazminat ödemesi yapıldığında sona eren poliçe için yenileme teklifi sunulmaz ve poliçe yenilemesi yapılmaz.
- Poliçe yenilemesi sonrası bir önceki poliçeye tazminat ödemesi yapılır ise ve yenilenen poliçede herhangi bir tazminat ödemesi gerçekleştirilmemişse, yenilenen poliçe mebdeinden iptal edilir. Tazminat ödemesi (hizmetler vb için) var ise yenilenen poliçe gün esaslı iptal edilir.

- Sigortacı, bu ürün ve planları kapsamında, hastalık listesinde veya özel şartlarında değişiklik yapabilir, yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

- Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, özel şartların 12 numaralı "Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar" başlığı altında yer alan "Ürün Değişiklik İşlemleri" maddesinde belirtilmiştir.

Sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur. Kredi kartı saklanması onayına istinaden; Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır. Ödeme tipi, "kredi kartı blokajlı-taksit kart" (poliçe priminin tamamı kredi kart limitini bloke eder) olan yenilenecek poliçeye ilişkin primlerin tahsil edilememesi halinde; ödeme tipi "mail order" (taksit tutarı kadar kredi kart limitini bloke eder) olarak güncellenir ve poliçe primi vade gününde peşin olarak tahsil 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 gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir. Sigorta ettiren, yenilenen sözleşmeden, sözleşmenin kurulduğu tarihten itibaren 30 günlük süre içerisinde cayabilir.

9.2 Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Yarınlara Umut Sigortası ürününde Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması bulunmamaktadır.

10. PRİM TESPİTİ

10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler

Primler, portföy deneyimi, poliçe kapsamındaki hastalık ile ilgili dünya ve Türkiye istatistikleri, Sigortalıların yaşı, cinsiyeti ve plan tercihleri, teminatları gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, "Tarife Primi"ni periyodik aralıklarla risk profilleri bazında portföyün genel performansını, enflasyon ve diğer genel ekonomik değişkenlerdeki değişimleri, dünya ve Türkiye de hastalık verilerini de dikkate alarak günceller.

10.3 Hasarsızlık İndirimi

Hasarsızlık indirimi uygulaması bulunmamaktadır.

10.4 Diğer İndirimler

Sigortacı, belirli kurallar veya kampanyalar çerçevesinde indirim fırsatları sunabilir. Sigortacı, bu indirimleri 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 kişi bilgilerinin bulunması gerekmektedir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmemiş, T.C. dâhilinde ikamet eden kişiler sigortaya kabul edilirler.

Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur (1 yaş için gün ay yıl olarak hesaplama yapılır). İlk başvuru tarihinde, 1 -64 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. Poliçenin aralıksız yenilenmesi kaydıyla ve Poliçenin Yenilenmesi ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi başlıklı 9. Madde hükümleri saklı kalmak sigortalının 70 (dahil) yaşına kadar poliçesini devam ettirmesi mümkündür.

Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve/veya 25 yaş ve altındaki bekar çocuklardan ibarettir. Çiftlerin, Türk Medeni Kanunu kapsamında evli olması gerekmektedir. 1-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanması için, sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartı aranmaktadır. Sigorta ettirenin yaş hesabı, sigorta poliçesinin başlangıç gün/ay/yılından, sigorta ettirenin gün/ay/yıl doğum tarihi esas alınarak hesaplanmaktadır.

Allianz Yarınlara Umut Sigortası ürünü kapsamında ya da Allianz Sigorta bünyesindeki hastalık sigortalarında (Allianz Moral Destek Sigortası) birden fazla poliçe ayrı ayrı veya birlikte satın alınamaz.

Bu üründe kesintisiz ilk sigortalılık tarihi öncesinde var olan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili tazminat teminat kapsamı dışında olup ayrıca sigortalılık süresi boyunca devam eden fakat poliçe başlangıç tarihinden önce mevcut olduğu tespit edilen hastalıklar için poliçe iptali yapılabilir.

Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi yapılmamaktadır.

11.2 Başvuru ve Beyan Formu'nun Değerlendirilmesi
Başvuru ve Beyan Formu'nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalının beyan yüküm-

lülüğü 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. Sigortacı'nın bu değerlendirme neticesinde; gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Poliçeye ilk başvuruda ya da plan yükseltme yönünde değişikliklerde verilecek sağlık beyanında son 12 aylık dönem içinde sigortalının sağlık sorunuyla ilgili aşğıdaki belirtileri, semptomları veya şikayetleri yaşanmamış olması ve ayrıca bunlar dışında kalan hastalık durumlarının da belirtilmiş olması gerekmektedir.

- Kanser şüphesi olabilecek hiçbir normal dışı sonuç,
- Kanser araştırması gerektiren sağlık sorunları,
- İstem dışı kilo kaybı,
- Alışılmışın dışında gece terlemesi, tekrarlayan ateş (38.5 ve üzeri),
- Dışkıda kan, kanlı balgam,
- Ses kısıklığı veya yutma güçlüğü (iki haftadan uzun süren),
- Vücudunun herhangi bir yerinde nedensiz şişlik, sertlik,
- Ben ve siğillerde kanama, renk veya şekil değişikliği,
- Sol kol ve sol omuzda uyuşma,
- Göğüs ağrısı veya sıkışma hissi,
- Çift görme, şiddetli veya devam eden baş dönmesi veya baş ağrısı,
- Dengesizlik, yürümede bozulma, koordinasyon bozukluğu, konuşmada zorlanma,
- Yüz, el, kol veya bacaklarda uyuşma, titreme, his kaybı, karıncalanma veya kuvvet kaybı,
- İşitmede azalma, Görmede azalma (gözlük veya lens kullanımına bağlı olmayan)
- Unutkanlık veya cisimlerin yerlerini karıştırma,
- Sarılık, nefes darlığı, idrar miktarında anormal değişiklikler, idrar renginde değişiklik, idrarda kan,
- Bacaklarda şişlik veya ödem

Poliçe, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü halinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer.

11.3 Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Sigorta ettiren poliçenin iptal edildiği tarihten itibaren 30 gün içerisinde meriyet talebinde bulunulabilir. Bunun için sigorta ettirenin, sigorta aracısı ya da Allianz Müşteri Hizmetleri ile iletişime geçmesi ve Başvuru ve Beyan Formu'nun yeniden doldurulması gerekmektedir. Meriyet talebinde bulunulan başvurular da "Sigortacı'nın poliçeyi tekrar yürürlüğe alma veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Diğer şirketlerden veya Allianz grup sağlık/hastalık poliçelerinden bu ürüne geçiş (transfer) uygulaması bulunmamaktadır.

Allianz Moral Destek ürününden bu ürüne geçiş uygulaması bulunmaktadır. Geçiş talebi olması durumunda medikal risk değerlendirmesi yapılacaktır. Risk değerlendirmesi sonrasında geçişi uygun bulunan kişiler için, Kanser Hastalığına özel bekleme süresi uygulanmaz. Ancak plan kapsamındaki diğer hastalıklar için bekleme süresi uygulanır.

12.1 Teminat/Plan Değişiklik İşlemleri

Poliçenin yenilenmesinde, teminat/plan değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesindeki 15 günlük dönemde değerlendirilir.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini genişletmek istemesi durumunda Sigortacı güncel sağlık beyanı olarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Bu değerlendirme neticesinde; gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Sigorta Ettiren'in yenilenecek poliçesindeki tercihlerini daraltmak istemesi durumunda, tekrar medikal risk değerlendirmesi yapılmaz.

Geçiş kabulleri sonrası bekleme süresi uygulamaları Özel Şartların 4 numaralı "Bekleme Süreleri ve Teminat Hakedişleri" maddesinde belirtilmiştir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

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

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

Poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 90 gün içinde rizikonun gerçekleşmesi halinde poliçe tazminat ödenmeksizin sona erer ve Sigorta ettirene iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen primler dikkate alınarak Madde 13.1 de belirtildiği gibi hesaplanır.

Sigortalıya hastalık için tazminat ödemesi yapılması sebebiyle iptal ya da sigortalı çıkış durumunda, prim iadesi yapılmaz. Poliçe priminde ödenmemiş taksitler varsa tazminattan düşülerek tazminat ödemesi yapılır.

13.1 Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal

Sigorta priminin tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılı 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 1434.maddeye göre 1431.maddeye uygun olarak istenilen sigorta primini ödemeyen sigorta ettiren mütemerrit olur. Prim ödenmemesi durumunda Türk Ticaret Kanununun 1434. Madde hükümleri uygulanır.

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

Sigorta Ettiren talebi ile tazminat ödemesi olmadan iptal durumunda; Sigorta ettirene iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen primler dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

Ödenen sigorta priminin, Sigortacının gün esasına göre hak kazandığı prim tutarından fazla olması durumunda, Sigortacı aradaki farkı Sigorta Ettiren'e iade eder.

Ödenen sigorta priminin, Sigortacının gün esasına göre hak kazandığı prim tutarından az olması durumunda, Sigorta Ettiren/Sigortalı aradaki farkı Sigortacı'ya öder.

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

13.2 Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

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

Sigortalılardan birinin vefatı halinde, "Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal" maddesinde belirtilen kurallar uygulanır. Vefat eden sigortalıya ait ödenmemiş tazminat varsa ödenebilmesi için veraset ve vergiye ilişkin evrakların, sigortalının kanuni varisleri tarafından Sigortacı'ya iletilmesi gerekir.

14. EKLER

14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

Allianz, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

14.2 Beyan Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Yerine Getirilmemesi

Sigorta ettiren ve sigortalı gerek ilk başvuru aşamasında gerekse sigortalılığı süresi içerisinde mesleği ve sağlık durumundaki değişiklikleri Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmekle yükümlüdür.

Sigorta ettiren ve/veya sigortalının Başvuru ve Beyan Formunda yer alan beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların tazminat belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, 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 ödemeleri geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı alamama veya eksik alma hâlleri ortaya çıkabilecek ve hakkınızda Türk Ceza Kanunu ile 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazetede

yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

14.3 Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya onayı ile kalıcı veri saklayıcısı aracılığıyla bilgilendirme yapabilir. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

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

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

14.4 Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigorta/reasürans şirketi, işbu sözleşme ile Birleşmiş Milletler kararları veya reasürörün/sigorta şirketinin tabi olduğu yasalar veya düzenlemeler uyarınca, ticari veya ekonomik yaptırımlara, yasak ya da kısıtlamaya konu olabilecek ve kendisini yaptırıma maruz bırakacak herhangi bir teminatı vermiş sayılmayacak, böyle bir tazminatın ödenmesi veya menfaatin sağlanmasında yükümlü olmayacaktır.

14.5 Hizmetler

Dr. Allianz Sağlık Danışmanlığı

Deneyimli doktor ve hemşirelerden oluşan kadrosu ile 7/24 hizmet veren sağlık danışma hattıdır. Bu danışmanlık kapsamında e-reçete ve e-rapor düzenlenmemektedir.

SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

TEMİNAT KAPSAMI

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

TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç 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 COĞRAFİ SINIRI

Madde 4 - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

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

SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

a) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 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 tebellüğ tarihinin 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 tebellüğ 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 paylaşılmaması durumunda; sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

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

Allianz Sigorta A.Ş.

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

www.allianz.com.tr

Müşteri Hizmetleri: 0850 399 99 99



"Allianz'ım" Mobil Uygulamasını

hemen indirin!

