

# Allianz Modüler Sağlık Sigortası

Özel ve Genel Şartları



A'dan Z'ye güvenceniz.

Allianz 

## İÇİNDEKİLER

<b>A - MODÜLER SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI</b>	3
<b>1 SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI</b>	3
<b>2 TANIMLAR</b>	3
<b>3 TEMİNATLAR</b>	6
3.1. Yatarak Tedavi Modülü	6
3.1.1. Yatarak Tedaviler	6
3.1.1.1. Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar	6
3.1.1.1.1. Ameliyat	6
3.1.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi	7
3.1.1.2. Evde Bakım ve Tedavi	7
3.1.1.3. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	7
3.1.1.4. Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik	7
3.1.1.5. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri	7
3.1.1.6. Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi	7
3.1.1.7. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem	7
3.1.1.7.1. Küçük Cerrahi	7
3.1.1.7.2. Tıbbi Gözlem Tedavi	8
3.1.1.8. Tıbbi Malzeme	8
3.1.1.9. Ambulans	8
3.1.2. Suni Uzuv	8
3.1.3. Türkiye’de Tedavisi Olmayan Yatarak Tedaviler	8
3.1.4. Kontrol Mamografi	9
3.1.5. PSA Tarama	9
3.1.6. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü	9
3.2. Ayakta Tedavi Modülü	9
3.2.1. Ayakta Tedaviler	9
3.2.1.1. Doktor Muayenesi	9
3.2.1.2. İlaç	9
3.2.1.2.1. Aşılar	9
3.2.1.3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	10
3.2.1.4. Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri	10
3.2.1.5. İleri Tanı Yöntemleri	10
3.3. Doğum Modülü	10
3.3.1. Doğum Paketi	10
3.3.1.1. Doğum	11
3.3.1.2. Gebelik Komplikasyonları Tedavi	11
3.3.1.3. Gebelik Rutin Kontrolleri	11
3.3.2. Yenidoğan Paketi	11
3.4. Dış ve Gözlük Modülü	11
3.4.1. Dış Tedavi	11
3.4.2. Gözlük ve Lens	11
3.5. Ek Hizmetler Modülü	11
3.5.1. Sağlık Tarama (“Check-up”) Teminatı	11
3.5.2. Prestij Paket Teminatı	11
3.5.3. Gündelik Ameliyat Teminatı	11
3.6. Sağlık Dışı Teminatlar	12
3.6.1. Kaza Sonucu Vefat ve Sürekli Sakatlık	12
3.6.2. Hayat Teminatı	12
<b>4 BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ</b>	12
4.1. Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi	12
4.2. Doğum Modülü Bekleme Süresi	12
4.3. Dış Tedavi Bekleme Süresi	13
<b>5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR</b>	13
<b>6 COĞRAFI KAPSAM</b>	16
<b>7 TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI</b>	17
7.1. Limit Uygulaması	15
7.2. Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması	16
7.3. Muafiyet Uygulaması	16
7.4. Kalan Limit Hesaplaması	16
7.5. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network	16
7.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	16
<b>8 TAZMİNAT ÖDEMESİ</b>	17
8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	17
8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi	17
<b>9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ</b>	18
9.1. Poliçenin Yenilenmesi	18
9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	19
<b>10 PRİM TESPİTİ</b>	19
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	19
10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler	19
10.2.1. Hastalık Ek Primi	19
10.2.2. Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi	19
10.2.3. Fark Primi Zeyili	20
10.2.4. Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması	20
10.2.5. Diğer İndirimler	20
<b>11 YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ</b>	20
11.1. Sigortalı Girişi	20
11.2. Başvuru ve Bilgilendirme Formu’nun Değerlendirilmesi	20
11.3. Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi	21
11.4. Allianz Bebeği	21
<b>12 GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR</b>	21
12.1. Teminat Değişiklik İşlemleri	21
12.2. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş (Transfer) İşlemleri	21
<b>13 SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI</b>	21
13.1. Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal	21
13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	22
<b>14 EKLER</b>	22
14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	22
14.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi	22
14.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	23
14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	23
14.5. Rücu ve İstidat Hakkı	23
14.6. Ekonomik Yaptırımlar	23
<b>B - SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI</b>	24
<b>C - FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI</b>	28
<b>D - HAYAT SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI</b>	33
<b>E - HAYAT SİGORTALARI GENEL ŞARTLARI</b>	35

## MODÜLER SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

### 1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Sigorta A.Ş. (Allianz), sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde kaza ve / veya hastalık / rahatsızlık sonucu oluşabilecek sigortalıya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen modüller, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler ve Network kapsamında aşağıda belirtilen Özel Şartlar (Özel Şartlar) ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar), poliçe teminat kapsamında dahil edilmiş ise Hayat Sigortası Özel Şartları, Hayat ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ile Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği, 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.

### 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.

#### Plan

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

#### Sigorta Ettiren / Sigortalı İletişim Bilgisi

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

#### Özel Şartlar

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

#### Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar)

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenen ve tüm sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortalarında kullanılan yazılı kurallardır. Genel Şartların en güncel hali [www.tsb.org.tr](http://www.tsb.org.tr) web sitesinde yer almaktadır.

#### Allianz Çözüm Hattı

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri ve ambulans, yurt dışı danışma gibi çeşitli hizmetler alabildikleri (+90) 444 45 46 numaralı telefon hattıdır.

#### Bireysel Sağlık Sigortası

Bireyin tek başına veya anne, baba, evlenmemiş çocuklardan (evlat edinilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

#### Hastalık

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

#### Rahatsızlık

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

#### Mevcut Hastalık / Rahatsızlık

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

#### Başvuru ve Bilgilendirme Formu

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

#### Beyan Yükümlülüğü

Sigorta Ettirenin / Sigortalının, gerek sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, gerek sigorta sözleşmesinin devamı sırasında sigortalıların mevcut tüm hastalık / rahatsızlıklarını veya riskin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları bildirme yükümlülüğüdür. Sigorta Ettiren / Sigortalının,

Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekmektedir.

#### İstisna

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

#### Sağlık Hizmet Tarifesi

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

#### Sağlık Kurumu

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

##### a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu ('AK')

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

##### b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ('Network')

Network, sigorta ettiren / sigortalı tarafından tercih edilen police'de yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

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

##### c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ('AHK')

Sigortalıların, policelerinde tercih etmiş oldukları Network dışında yer alan veya Allianz ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarıdır.

Police'de tercih edilen Network'te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığınca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar da "Anlaşma Harici Sağlık Kurumu" olarak değerlendirilir.

##### d) Yurt Dışı Sağlık Kurumu ('YD')

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

#### Tazminat

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

##### a) Provizyon / e- Provizyon

Sigorta Ettiren / Sigortalıların tercih etmiş oldukları Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılıklı karşılantmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme sağlık giderinin gerçekleştiği / gerçekleşeceği tarihte yürürlükte Sağlık Poliçesi olması şartıyla geçerlidir.

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

##### b) Tahakkuk

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden provizyon / e-provizyon alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, 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

Police'de 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 almasıdır. Sigortacı tarafından, Police Özel ve Genel Şartları dahilinde, Sigortacı'nın sorumluluğunda olan kısım sigortalı adına ilgili kuruma ödenir.

##### d) Sonradan Ödeme

Provizyon / e-provizyon alınmaksızın sağlık giderinin sigortalı tarafından önce sağlık kurumuna daha sonra sağlık giderine ait fatura, Tedavi Masrafları Talep Formu ve özel şartların Tazminat Ödemesi maddesinde belirtilen gerekli belgeleri Sigortacı'ya ileterek, 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 ödeme kapsamında değerlendirilebilmesi için tedaviye ilişkin yapılan ödemeye ait fatura bilgilerinin sigortalı tarafından doldurularak Sigortacı'ya iletilmesi gereken formdur.

#### Teminat

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

#### Limit

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

#### Muafiyet

Tazminat ödemesine konu sağlık giderinin sigortalı tarafından üstlenilen kısmıdır. Muafiyet, türüne göre Sigortacı'nın sorumluluğu başlamadan uygulanabileceği gibi her işlemde ya da belirli limit aralıklarında da uygulanabilir.

#### Ödeme Yüzdesi

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

#### Katılım Payı

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

#### Modül

Sigortacı tarafından sigortalının tercihine sunulan 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 kriterlerini dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

##### b) Sağlık Primi

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

##### c) Sağlık Net Primi

Sağlık Primi üzerine, Police Özel Şartları'na istinaden hakedilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

##### d) Toplam Police Primi

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

#### Hastalık Ek Primi

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

#### Yeni İş Police

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

#### Transfer Police

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

#### Yenileme Police

Sigortalının Allianz Bireysel Sağlık Sigorta ürünlerinde sona eren poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla 1 yıl daha teminat altına alınmasıdır.

#### Zeyilname

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

#### Sigorta Başlangıç Tarihi

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

#### Acil Dış Hastalığı

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

#### Acil Durum

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

- Akut Miyokard Enfarktüsü
- 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 İç 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 Isırıkları
- Gebelik Düşüklerine Bağlı Jinekolojik Hormonal Kanamalar Hariç Her Türlü İç Organ Kanaması
- Hayati Tehlike Arz Eden İlaç 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 Sütur 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)

### 3. TEMİNATLAR

#### 3.1. Yatarak Tedavi Modülü

Sigortalılar poliçede tercih edilen Network, coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, muafiyeti, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Yatarak Tedavi Modülünden faydalanabileceklerdir. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü, Kontrol Mamografi, PSA Tarama gibi ayakta tedavi hizmetleri

Yatarak Tedavi Modülünün 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 Modülünde “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 gibi), ameliyathane, standart oda, yoğun bakım, yemek, refakatçi, ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaçlara ilişkin sağlık giderleri, “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminatı 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 tibben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar, 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 Tarifesinde 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 Tarifesine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için Sağlık Hizmet Tarifesine 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. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

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 gerçekleştirilmiş olmalarına bakılmaksızın poliçede belirtilen “Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak Yatarak 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. Sadece fizik tedavi sebebi ile uzayan yatışlarda fizik tedavi dışındaki giderler karşılanmaz.

#### 3.1.1.4. Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik

Sigortalının, “Ameliyat” teminatı kapsamında karşılanan bir hastalığına ilişkin ameliyatından en fazla 60 gün önce veya sigortalının hastaneden taburcu olmasından en fazla 60 gün sonra aynı hastalığı ile ilgili olmak üzere yapılan 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 Sigortacı'ya ulaştırılması durumunda, sonradan ödeme kapsamında karşılanır.

#### 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 ücreti) poliçede belirtilen “Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz” teminat limiti 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, Diyaliz Tetkikleri” teminat limitinin aşılması durumunda bu tetkik giderleri, poliçede yer alması halinde Ayakta Tedavi Modülü kapsamında karşılanır.

#### 3.1.1.6. Trafik Kazası Sonrası Dış 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 Dış Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

#### 3.1.1.7. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem

##### 3.1.1.7.1. Küçük Cerrahi

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

Küçük cerrahi işlemlerinde Acil Durum tanımına uyan ve uygulanacak tedavinin veya işlemin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda girişim sırasında kullanılacak malzeme / ilaç, ameliyathane, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı giderleri ve doktor ücretleri de “Küçük Cerrahi” teminatından karşılanır. Ancak, Acil Durum tanımına uymayan durumlarda, bu girişimlerle ilgili olsa dahi; her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve / veya reçete edilecek ilaçlar veya başka nedenlerle

münferiden uygulanacak her türlü ilaç giderleri poliçede tercih edilmiş olması halinde, Ayakta Tedavi Modülü kapsamında karşılanır.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, Sağlık Hizmet Tarifesinde 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 Tarifesine göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için Sağlık Hizmet Tarifesine 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 Tarifesindeki 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, 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, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, nebulizatör, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi

torbası, kolostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda) ve iştirme 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.

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

#### 3.1.1.9. Ambulans

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

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı ile hava veya deniz ambulans hizmeti Sigortacı tarafından verilir.

#### 3.1.2. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu bir organın kaybolan fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ve vücuda implante edilen cihazlardan; ICD, PCA, Kalp Pili, koklear implantlar, insülin pompası ve göz protezi 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 yurt dışında 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 Merkezlerinde 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 Merkezlerinde 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 Şekeri	-	+	+
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 tercih ettikleri 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, Fizik Tedavi, Röntgen, Laboratuvar Tetkikleri ve İleri Tanı Yöntemlerine ait giderler poliçede tercih edilmeleri kaydıyla belirtilen "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ve ödeme yüzdeleri kapsamında karşılanır.

Ayakta Tedavi Modülünde "Yurt Dışı" teminatı tercih edilmiş ise poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

#### 3.2.1.1. Doktor Muayenesi

Sigortalının bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için doktor tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler "Ayakta Tedaviler" teminat limiti ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

Sigortacı'nın 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 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 10 günden fazla fark bulunması durumunda, reçete giderleri teminat kapsamı dışındadır.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı'nın onay vermesi koşuluyla, ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

#### 3.2.1.2.1. 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  
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'şer doz  
Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, 1'er doz Su Çiçeği,  
BCG (Verem)  
0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 2 doz Grip aşısı olarak  
belirlenmiştir.

Yetişkinlerde aşılar:

1 doz Hepatit A  
3 doz Hepatit B  
9-26 yaş arası kadınlarda 3 doz HPV  
(Rahim Ağzı Kanseri)  
1 doz Pnömonokok  
1 doz Grip aşısı olarak belirlenmiştir.

Bunlara ek olarak;

Kuduz ve Tetanoz aşıları da her yaş grubu için kapsam  
dahilindedir.

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

### 3.2.1.3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

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.

Police 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.

### 3.2.1.4. Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri

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

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

### 3.2.1.5. İleri Tanı Yöntemleri

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun  
tetkik isteminde belirttiği bilgisayarlı tomografi,  
eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan  
ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü

biyopsiler smear-yayma, punch veya iğne biyopsisi  
gibi yöntemler ile tanı amaçlı yapılan küretajlar 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.

### 3.3. Doğum Modülü

Doğum Modülü, poliçede kendisi veya eşi konumunda  
yer alan 18 yaş ve üzerindeki kadın sigortalılar  
tarafından 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  
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 gerçekleştirilmesi koşulu aranmaktadır.

Yurt dışında gerçekleşen:

- Normal doğum, sezaryen, gebelik komplikasyonları  
ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için poliçede

"Yatarak Tedavi Modülünde Yurt Dışı" teminatı

- Gebelik rutin kontrolleri ile ilgili giderlerin  
karşılanabilmesi için poliçede "Ayakta Tedavi  
Modülünde Yurt Dışı" teminatı tercih edilmesi  
gerekmektedir. Bu giderler, Doğum Paketi için  
poliçede belirtilen Yurt Dışı Sağlık Kurumu limiti ve  
ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

### 3.3.1.1. Doğum

Normal Doğum ve Sezaryen, 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 dahil),  
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 gerçekleştikten sonra gebelik ile ilgili her  
türlü takip ve tetkikler (periyodik doktor muayeneleri,  
TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama testi  
gibi), "Gebelik Rutin Kontrolleri" teminat limiti ve  
ödeme yüzdeleri dahilinde 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 tercih ettikleri Network, coğrafi  
kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme  
yüzdeleri (katılım payları) dahilinde Diş ve Gözlük  
Modülünden faydalanabileceklerdir.

### 3.4.1. Diş Tedavi

Diş hekimi tarafından yapılan her türlü muayene,  
tedavi, ameliyat ve protezler (endodontik, periodontik  
tedaviler, ile ağız, diş ve çene cerrahisi gibi) poliçede

belirtilen Diş Tedavisi 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 ve pedodontik tedaviler "Diş Tedavi"  
teminatı kapsamı dışındadır.

Sigortacı'nın "Allianz Avantajlı Diş Network"  
uygulaması başlattığı illerde, "Allianz Çözüm Hattı"  
aranarak önceden randevu alınması koşuluyla, bu  
sistemde yer alan anlaşmalı diş hekimlerince yapılacak  
diş tedavileri, poliçede belirtilen "Diş Tedavi" teminatı  
kapsamında %90 oranında karşılanır. Anlaşma Harici  
Kurumlarda gerçekleştirilecek 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 reçete ile belgelendirilmesi  
durumunda, reçeteye bağlı olarak alınan gözlük cam  
ve çerçevesi ile 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, tercih edilmiş olması kaydıyla  
poliçede sadece kendisi ve eş yakınlık derecesindeki  
kişiler için poliçede belirtilen Network kapsamındaki  
anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleştirilmiş 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 Çözüm Hattı"nın 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 Tarifesine göre 150 birim ve üzerindeki 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. 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. Hayat Teminatı

"Hayat" teminatı, "Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş." tarafından sağlanmakta olup, yeni iş poliçelerde 18-49 yaş arası (yenilemelerde 65 yaşına kadar) sigortalılar tarafından tercih edilebilir. Bu teminatın verilebilmesi için her yıl Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş. tarafından risk değerlendirmesi yapılır.

"Hayat" teminatı, sigortalının ecelen, kazaen veya hastalık sonucu vefat etmesi halinde poliçenin ekinde verilen Hayat Sigortası Genel ve Özel Şartları çerçevesinde poliçede belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

## 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 (hemoroid, fissür vb.)
- Rahim ve yumurtalık hastalıkları
- Bademcik ve geniz eti hastalıkları
- Burun polipleri
- Kafa sinüs hastalıkları
- Diz, omuz, kalça, dirsek eklem hastalık ve lezyonları (menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.)
- Katarakt
- Prostat hastalıkları
- Her türlü varis
- Hidrozel
- Böbrek ve üriner sistem taşları
- Tiroid bezi hastalıkları

Ancak

- Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan hastalıklar ile poliçede belirtilmiş olan istisna notlarına ilişkin hastalıklar,
- Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar maddesinde istisnai bir durum belirtilmemiş ise doğumsal hastalıklar, genetik hastalıklar kapsam dışıdır.

### 4.2. Doğum Modülü Bekleme Süresi

Sigortalının Doğum Modülü alabilmesi için hamile olmaması gerekmektedir.

Doğum Modülü bulunan poliçede hamilelikle ilgili giderlerin karşılanabilmesi için sigortalının tercih

etmiş olduğu Network'e göre 5 veya 18 ay bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre poliçe üzerinde belirtilecektir.

Gebelik Hakedişi hesaplamasında sigortalının Son Âdet 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. 5 ya da 18 aylık bekleme dönemi tamamlanmadan başlayan hamilelik ile ilgili tüm giderler teminat kapsamı dışındadır.

Yenileme döneminde:

- Doğum Modülüne ara verilmesi ve poliçeye doğum modülünün tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi tercih edilen Network dahilinde yeniden başlayacaktır.
- Network artışı yapılması durumunda bekleme süresi yeniden başlar ve mevcut gebelik için sağlık giderleri ödenmez.
- Doğum modülü kapsam (limit, ödeme yüzdesi, teminat kapsam) artışı yapılması durumunda mevcut gebelik için sağlık giderleri ödenmez.

### 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.

## 5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTISNAİ DURUMLAR

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

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller

2. Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve / veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri

3. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi:

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar
- Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık /

durum araştırılması, taraması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç)

- Büyüme ve gelişme bozuklukları
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrozel
- 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 (Allianz'da poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla)
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrozel
- Keratokonus
- Pes planus, halluks valgus
- Nazal septum deviasyonu, konka hastalıkları ile ilgili giderler poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

Ancak herhangi bir klinik şikayeti ve / veya tanısı olmaksızın yapılan her türlü doğumsal (konjenital), genetik anomali ve hastalıkların araştırılması ve taraması 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 hariç).

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 ehliyetsiz araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri, (ehliyet, sigortalının kullandığı aracın sınıfına uygun olmalıdır.)

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

9. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansial hastalıklar ile ilgili her türlü gider

10. Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider

a.) Sanatoryum, huzurevi, bakımevi, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil)

b.) Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp merkezleri, Anti Aging Merkezleri, Sağlıklı yaşam merkezleri, yaşam koçluğu merkezleri, zayıflama merkezleri, spor merkezleri, ayak sağlığı merkezleri, estetik, kozmetik, güzellik ve lazer merkezlerinde yapılan her türlü gider

c.) Lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler

d.) İşitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler

11. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın akupunktur, ayurveda, hidroterapi, hipnoz, aromaterapi, şifa kürleri, masaj, detoks, mezoterapi, refleksoloji, noralterapi, kayropratik tedaviler, oksiterapi, karboksiterapi, ozonoterapi, PRP (Platelet Rich Plasma - Trombositten Zengin Plazma) ve diğer her türlü geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları

12. Telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyültme, küçültme ve estetik operasyonları (meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma(liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirmeye, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler

13. Sigortalıya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede

kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve / veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider

14. Robotik Cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu 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), ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, koroner BT anjiyografi, koroner arter kalsiyum skorlama testi, kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetkiklerine ait her türlü gider

b.) Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri

c.) Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler

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

17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler

a.) T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar

b.) Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler

18. Alerjik hastalıklar için yapılan deri testleri ve alerji aşılı

19. Obezite ve aşırı zayıflık ile ilgili muayene, tetkik ve tedaviler, diyet ve diyetisyen giderleri, vücut / kütle ölçüm testleri, vücut yağ oranı belirleme testleri, gıda intolerans testleri, bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki

lifleri, suni tatlandırıcılar gibi giderler

20. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar, ağız ve diş bakım aparatları, termometre ve vücut ısısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler

21. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak:

a.) Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri

b.) Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşılık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi)

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 aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler

a.) Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -Anti Müllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikozel, 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 akkümünata vb.) ve molluscum contagiosum tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler

28. Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktorun ücreti

29. Tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve / veya sakatlıklar (dağcılık, paraşüt atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi), su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve / veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve / veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider

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 yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları

b.) Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler

c.) Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider

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

32. Tıbbi Malzeme ve Suni Uzuv Teminat tanımlarında belirtilmemiş her türlü tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri

33. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina

34. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider

35. 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)

36. 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

37. Poliçede tercih edilmeyen modül (Yatarak Tedavi, Ayakta Tedavi, Doğum, Diş, Gözlük, Ek Hizmetler gibi) ve teminatlarla (Yurt Dışı Kapsamı, İlaç, Gebelik Rutin Kontroller gibi) ilgili her türlü gider



38. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanması ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.

## 6. COĞRAFI KAPSAM

Poliçe yer alan teminat tablosunda yurt dışı kapsamının tercih edilmiş olması kaydıyla ilgili teminatlar 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 oldukları 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 “Yurt Dışı” 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 artakalan 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 Yurt Dışı 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, şirketimizin kurumsal internet sitesi olan www.allianzsigorta.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve bilgilendirme amaçlı ilan edilmektedir. Sigortacı, Network’ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network’ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları

ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network’te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur.

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

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

### 7.6. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

• Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle doğrudan ödeme sürecinde karşılanır. Ancak Yatarak Tedavi Modülünde yer alan “Ameliyat Öncesi / Sonrası Tetkik” teminatı ile ilgili sağlık giderleri Anlaşmalı Sağlık Kurumunda 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 ve %100’lü olarak doğrudan ödeme sürecinde karşılanır.

• Allianz Avantajlı Dış Network uygulaması başlattığı illerde, “Allianz Çözüm Hattı” aranarak önceden randevu alınması koşuluyla, bu sistemde yer alan anlaşmalı dış hekimlerince yapılacak dış tedavileri, “Dış Tedavi” teminatı kapsamında poliçede belirtilen “Anlaşmalı Kurum” teminat limiti ve %90 oranında karşılanır.

• Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

• Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Anlaşmasız Doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen “Anlaşma Harici Kurum” teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

• Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan

Anlaşmalı Sağlık Kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığınca 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 ve ödeme yüzdesiyle sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

• Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen “Anlaşmalı Kurum” teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

• Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen “Anlaşma Harici Kurum” teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

• Yurt Dışı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri poliçede belirtilen “Yurt Dışı Kurum” teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle sonradan ödeme sürecinde karşılanır. Ancak Yurt Dışı Danışma Hattının (Yurt Dışı Danışma) kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, doğrudan ödeme sürecinde yönetilmektedir.

• Ek Hizmetler Modülünde yer alan “CheckUp”, “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” teminatı poliçede belirtilen “Anlaşmalı / Anlaşmasız Kurum” teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri ile “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.

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

## 8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

### 8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının poliçe, modül ve / veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında, Sigortacı’dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesine 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” teminatına 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.

### 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 raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

2. Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumuna 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 yüzdesine uygun olarak Sigortacı tarafından tazmin edilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.

• Sağlık giderinin ait olduğu sigortalı adına düzenlenmiş, Tedavi Masrafları Talep Formu TMT Formu doldurulmalıdır. Ekinde:

- Fatura veya Serbest Meslek Makbuzu aslı
- Faturanın alınmadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
- POS fişi iletildiğinde, üzerinde hizmeti alan kişinin adı-soyadı ile birlikte doktor kaşe ve imzası olmalı veya hizmeti alan kişiye ait doktor raporu eklenmelidir.

- Faturada birden çok kalem varsa (Örneğin yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri
- Reçete aslı, ilaç küpürlerinin asılları ve barkodları
- Tetkik İstem Formu ve sonuçları (Fotokopi olabilir.)
- Yatış / ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
- Müdahalelerde teşhis / tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon faturalarında, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb. (Doğrudan Ödeme aşaması dahil)

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

#### Yurt Dışında Yapılan Tedavi Giderleri:

Yurt Dışı Danışma Hattının kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, varsa "Yurt Dışı Ameliyat, Ameliyatsız Tedaviler ve Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz" teminatları doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilmektedir.

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 yurt dışında 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 yurt dışında kesintisiz 6 aydan

daha uzun süreli ikamet söz konusu ise Sigortacının yurt dışında bulunma sebebini sorgulama ve yurt dışında gerçekleşen sağlık giderini ödememe hakkı saklıdır.

## 9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

### 9.1. Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi aşağıdaki koşullarla yenilenir. Ayrıca sigortacının poliçeyi otomatik yenileme hakkı saklıdır.

- 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 sigortalının poliçe tercihleri (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) yenileme döneminde geçerli değilse en az biten poliçe kriterlerine haiz karşılıkları ile yenilenir.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılacak poliçe dönemine kadar, Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda beyan edilen hastalık ve rahatsızlıklar için sigortaya kabulde istisna ve / veya hastalıkların primi uygulanmışsa tekrar değerlendirilmez.
- Sigortalının poliçeye kabulünden itibaren ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkları için Ömür Boyu Yenileme Garantisi için değerlendirme yapılacak poliçe dönemine kadar, istisna ve hastalık ek primi (sigorta başlangıç tarihi öncesi beyan edilmemiş hastalık / rahatsızlıklar hariç olmak kaydıyla) uygulanmaz.

Sigortalının yenilenecek poliçesindeki tercihlerini değiştirmek istemesi durumunda uygulanacak olan esaslar, Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış Haklar başlığı altında yer alan Teminat Değişiklik İşlemleri maddesinde belirtilmiştir.

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

Yenileme poliçeleri, en geç vade tarihinde, sigorta ettirene / sigortalıya veya sigorta ettirene / sigortalıya teslim edilmek üzere ilgili satış kanalına iletilir ve sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur. Primi 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 ettirilecek ve yenileme döneminde sigortalılara, en az biten poliçe standartlarına haiz bir poliçe önerilecektir.

### 9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Poliçenin Sigortacı tarafından mevcut plan (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür. Bu taahhüt sağlık dışı teminatlar için geçerli değildir.

Sigortacı, sigortalının kesintisiz olarak 3 yıl boyunca modüler Sağlık Sigortasını devam ettirmesi ve sigortalının sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın, maruz kaldığı tüm hastalık / rahatsızlıklarını Sigortacı'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşuluyla, 3 yıl sonunda sigortalının geçmiş sigortalılık ve geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak, ömür boyu yenileme garantisi hakkını değerlendirir ve uygun olanlara ömür boyu yenileme garantisi verir. Bu değerlendirmeyi yaparken sigortalının ilk sözleşme tarihine 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 primleri tekrar değerlendirebilir.
- Şirketimizdeki 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 yapılabilir.

'Ömür Boyu Yenileme Garantisi' hakkı kazanıldıktan sonra;

- Sigortalı / Sigorta Ettiren talebi olmadıkça ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamı daraltılmaz, teminat limitleri düşürülmez, sigortalı katılım payları artırılmaz; 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.
- Allianz'da sigorta başlangıç tarihi 01.04.2014 ve sonrasına ait olan sigortalıların kesintisiz olarak devam eden ve 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.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özel olup 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 dikkate alınır.

## 10. PRİM TESPİTİ

### 10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

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

### 10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

Sigortacı, Sağlık Tarife Primini periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller. Sağlık Tarife Primiindeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla iki katıyla sınırlıdır.

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

#### 10.2.1. Hastalık Ek Primi

Sigortalının Sağlık Tarife Primine uygulanacak hastalık ek prim oranı %200'ü geçemez.

#### 10.2.2. Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi

Hasarsızlık İndirimi veya Tazminat Ek Primi, Sigortacı'nın bu uygulamanın bulunduğu bireysel sağlık poliçe yenilemelerinde uygulanır.

Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi uygulaması 6 kademedden oluşmaktadır. İlk yıl sigortalıları ile

Doğum Modülü tercih eden transfer sigortalıları, bu uygulamaya 3. Kademe (baz kademe)'den başlar. Baz kademesinde hasarsızlık indirimi veya tazminat ek primi uygulanmaz. 4., 5., 6. kademeler hasarsızlık indirim kademeleri olup 1.,2. kademeler tazminat ek prim kademeleridir. Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile Tazminat / Sağlık Net Primi (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir.

Hakedilen kademedeki hasarsızlık indirimi veya tazminat ek primi sigortalının Sağlık Tarife Primine uygulanır. Sigortalının Sağlık Tarife Primine uygulanacak tazminat ek prim oranı %30'u geçemez.

Yürürlükteki Poliçe Kademesi	Yürürlükteki Poliçe T/P Oranı (%)	Yenilenecek Poliçe Kademesi
1 (+%30)	50'den küçük	2 (+%15)
	50 (dahil) - 100 (dahil) arasında	1 (+%30)
	100'den büyük	1 (+%30)
2 (+%15)	50'den küçük	3 (Baz)
	50 (dahil) - 100 (dahil) arasında	2 (+%15)
	100'den büyük	1 (+%30)
3 (Baz)	50'den küçük	4 (-%15)
	50 (dahil) - 100 (dahil) arasında	3 (Baz)
	100'den büyük	2 (+%15)
4 (-%15)	50'den küçük	5 (-%30)
	50 (dahil) - 75 (dahil) arasında	4 (-%15)
	75'ten büyük	3 (Baz)
5 (-%30)	50'den küçük	6 (-%45)
	50 (dahil) - 75 (dahil) arasında	5 (-%30)
	75'ten büyük	4 (-%15)
6 (-%45)	50'den küçük	6 (-%45)
	50 (dahil) - 75 (dahil) arasında	6 (-%45)
	75'ten büyük	5 (-%30)

### 10.2.3. Fark Primi Zeyili

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

### 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 sunduğu indirimleri uygulama, indirim

oranını değiştirme veya indirimi uygulamadan kaldırma hakkını saklı tutar.

## 11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

### 11.1. Sigortalı Girişi

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

Sigortacı tarafından aksiyazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dahilinde ikamet eden / edecek kişiler sigortaya kabul edilirler.

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

İlk başvuru tarihinde, 0-64 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 Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi

Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler. Bu değerlendirme neticesinde; 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, Sigortacı'nın başvuruyu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer. Sigortacı'nın, hastalık ek prim uygulama kararı alması durumunda sigortalı ilgili sağlık riskinin teminat kapsamı dışında bırakılmasını talep edebilir. 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 mevcut poliçeye girişleri Sigortalı Girişi ve Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi maddeleri çerçevesinde değerlendirilecek olup yürürlükte olan poliçenin özel şart, modül, teminatları ve primleri ile geçerli olacaktır.

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

### 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 Allianz Bebeği olarak kabul edilirler.

'Allianz Bebeği' olarak kabul edilen bebeklerin poliçeye girişinde;

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilir.
- 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.

## 12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi, Acil Durum Poliçesi, Hastalık Poliçesi ve / veya Bireysel / Grup Sağlık

poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı, ekinde verilen sağlık poliçeleri, Modüler Sağlık sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve / veya Grup Sağlık Poliçesi'nin başlangıcı, devamı ve / veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

### 12.1. Teminat Değişiklik İşlemleri

Sigortalının yenilenecek poliçesindeki da tercihlerini (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterler) genişletmek istemesi durumunda, Sigortacı güncel sağlık beyanı olarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Poliçenin yenilenmesinde, ürün ve modüllerde değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir.

### 12.2. Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş (Transfer) İşlemleri

Diğer sigorta şirketlerinde herhangi bir Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan kişilerin, Modüler Sağlık Sigortalısı olarak devam etmek istemeleri halinde, aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

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

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 Sigortası ürününe ait Özel Şartları çerçevesinde yapacağı değerlendirme sonucunda sigortalı adaylarını poliçe kapsamına alıp almama veya istisna / hastalık ek primi uygulayarak poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

## 13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

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

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

Sigorta Ettiren, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar veya kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini, vade günü bitimine kadar, ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta Ettiren ve sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde

sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir.

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

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

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

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

### 13.2. Sigorta Ettiren veya Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

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

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

## 14. EKLER

### 14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

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

### 14.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

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

Sigorta Ettiren ve / veya Sigortalının Başvuru ve Bilgilendirme 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.

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

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

### 14.3. Sigortalı / Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta

ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene / sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır. Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik / hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı / sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

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

### 14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

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

### 14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı

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

Sigortalı/sigortalıların ve / veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve / veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacı'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakif

olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

### 14.6. Ekonomik Yaptırımlar

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

## 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 kargaşalıklar,
- 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 ile
- 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. 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 1 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 1 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 tarihin takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.
- c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- d) Sigorta ettirenin / sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut

3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

### 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 veya

2- Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

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

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

### SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACI'NIN SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI VE SİGORTA ETTİRENİN TEMERRÜDÜ

**Madde 8** - 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 başlayacağını 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.

### 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 ile bildirmeye mecburdur.

- Sigorta ettiren / sigortalı söz konusu 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) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

### C) Gerekli belgelerin teslimi:

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

### MASRAFLARIN TESPİTİ

**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 uyuşmadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tespit edilir. a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren 7 gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit 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 7 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 tespit 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 7 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 sigortacının 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 1 hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğerki hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında 2 yıllık süre geçmiş olsun.

i) 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 hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

### TAZMINATIN SONUÇLARI VE SİGORTACI'NIN 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 Kanunu'nun 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 sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır. Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan

acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

### 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 2 yıllık zaman aşımına tabidir.

### ÖZEL ŞARTLAR

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

### GRUP VE AİLE SİGORTALARINDA BİLGİLENDİRME FORMU VE KATILIM SERTİFİKASI

**Madde 18** - Grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalılara bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilmesi şarttır. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır. Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren 15 gün içinde verilir. 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 yukarıda belirlenen süreler içinde bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilebilir. Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir. Bilgilendirme formunun ve katılım sertifikasının verildiğini ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığını ispat yükümlülüğü sigortacıya aittir. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortalının şirket internet sayfası üzerinden ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiş olup, 30.10.2015 tarihinde yürürlüğe girecektir.)

**Madde 1** - İşbu poliçe, aşağıdaki şartlar dairesinde,

## FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

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 intişar eden gazların tenneffüsünden

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 şumulüne giren bir kaza neticesinde vukua gelmediği takdirde, suhnetin, donma, güneş çarpması ve konjestiyon gibi tesirlerinin

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

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

e) Sigortanın şumulüne 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 tehlikeye 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 şumulüne 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 süre 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 sporlar ile ağır - 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 menfaatlara, 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'i surette tespitini müteakip, daimi maluliyet sigorta bedeli aşağıda münderiç 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 şehadet parmağının tamamen kaybı	30	25
Baş parmak ile beraber şehadet parmağından gayri bir parmağın tamamen kaybı	25	20
Şehadet parmağı ile beraber baş parmaktan gayri bir parmağın tamamen kaybı	20	15
Baş ve şehadet parmaklarından gayri üç parmağın tamamen kaybı	25	20
Yalnız baş parmağın tamamen kaybı	20	15
Yalnız şehadet 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 sağırılığı	40
Bir kulağın tamamen sağırılığı	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 Sigortalının meslek ve san'atı nazarı itibara alınmaz.

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

Bir kazadan evvel esasen hiçbir surette vazife göremeyen ve kullanılmayan 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 ayrı hesap edilecek tazminatın yekunu poliçede gösterilen meblağı geçemez.

Sigortalı solak olduğu takdirde, yukarıdaki cetvelde sağ ve sol el için tayin olunan nisbetler maküsen 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 şartile 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 sun'î 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 Sigortacı'nın 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 tediyeye ettiği meblağ kadar sigortalının yerine kaim olur.

#### TEMİNAT NEV'İLERİNİN İÇTİMAYI

**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 tevli

edebileceği 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 sorıya 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 sağırılık halleri, sar'a, kısmi veya tam felç, verem, akıl ve sinir hastalıkları gibi-Sigortacı'ya yazılı olarak derhal ihbarla mükelleftir.

Değişiklikler rizikoyu ağırlaştırıcı mahiyette olup da Sigortacı'ya en geç 8 gün içinde bildirilmiş ise Sigortacı:

a) Ya 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 Sigortacı'ya

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 uyuşamazsa, 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 Sigortacı'ya yazı ile bildirmeye mecburdur.

Sigorta Ettiren veya hak sahipleri mezkur ihbarda kazanın yerini, tarihini ve sebeplerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan doktordan kazanın tevli ettiği durum ile bunun muhtemel neticelerini mübeyyin bir rapor istihsal ederek Sigortacı'ya 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 meşruttur. 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 Sigortacı'nın 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 Sigortacı'nın isteyeceği lüzumlu vesaiki tevdi etmekle mükelleftir.

#### RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİNİ MÜTEAKİP MUKAVELENİN DURUMU

**Madde 14** - Sigortacı veya sigorta ettiren tazminat tediyelerini 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 evvelimde 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 ittihazı 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 bilirkişisinin 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.



## HAYAT SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI (SAĞLIK VE HAYAT PAKET POLİÇE İÇİN)

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

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

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 yetkili 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 Sigortacı'dan bir gün mütebatta bulunamaz.

### SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ, SİGORTACI'NIN 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 Sigortacı'nın 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 Sigortacı'nın mesuliyetinin başlayacağını

kararlaştırıldığı hallerde, bu 1 aylık sürenin ilk 15 gününde Sigortacı'nın 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 Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, Sigortacı'nın sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden 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 Sigortacı'ya 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 Sigortacı'nın merkezine 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.

Bu özel şart, ilişkide sunulan Hayat Sigortası Genel Şartları hükümleri saklı kalmak üzere; Sağlık Sigortası Sözleşmesi ile birlikte paket olarak verilen Hayat Poliçeleri için ancak Sağlık Sigorta Poliçesi üzerinde açıkça belirtilmesi kayıtlı ve şartıyla uygulanır.

### 1. Sigortanın Konusu ve Kapsamı

Bu sigorta, sigorta sözleşmesi başlangıç tarihinden itibaren aşağıda sayılan risklerden birinin gerçekleşmesi halinde, Sigortacı'nın Hayat Sigortası Genel Şartları ile işbu Özel Şartlar çerçevesinde, poliçede belirtilen tutarla sınırlı olarak teminat kapsamına alır.

Bu sigorta sözleşmesinin akdedilebilmesi için

- Sigortalının 18 ile 49 yaşları arasında olması
- Sigortalının Türkiye'de ikamet ediyor olması
- Sigorta Ettiren / Sigortalının Sağlık Poliçesi kapsamında teminatının bulunması

Sağlık Poliçesi'nde:

- Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz ve Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz Tetkik teminatlarının kullanılmamış olması
- Hayat teminatı verilmeyecek risk değerlendirme paketinin varlığının bulunmaması
- Hayat teminatı verilmeyecek tanı kodu varlığının bulunmaması, gerekmektedir.

### 2. Teminat

İşbu sigorta kapsamında verilen teminat, aşağıda belirtilmiştir.

#### 2.1. Vefat Teminatı

Sigortalının sigorta süresi içinde ecelen, kazaen veya hastalık sonucu ölümü halinde tazminat tutarı poliçede belirtilmiş lehtara ödenir.

### 3. Teminat Dışı Kalan Haller

Aşağıdaki haller sigorta teminatı dışındadır:

**3.1.** - Sigortalı, Sigortacı'yı haberdar etmeksizin ticari hava hatları üzerinde yolcu nakline ruhsatlı işletmelerin uçak veya herhangi bir hava gemisinde ancak, yolcu sıfatıyla seyahat edebilir. Hayatı sigortalanan kişinin ölümü yolcu sıfatı dışında havada yapılan yolculuklar esnasında olursa, şirket yalnızca riyazi ihtiyatı ödemekle yükümlüdür; ölüm tazminatı ödenmez.

**3.2.** - Sigortalı, intihar veya intihara teşebbüs sonucunda öldüğü takdirde, sigortalının intiharı anında akli melekeleri ne olursa olsun; Sigortacı sigortanın o andaki riyazi ihtiyatını öder. Aksine bir sözleşme ile süre kısaltılmış olmadıkça sigortalı aralıksız olarak en az 3 yıl devam etmiş bulunuyorsa, Sigortacı sigorta teminatının tamamını ödemekle yükümlüdür.

**3.3.** - Sigortadan faydalanan kimse hayatı üzerine sigorta yapmış olanı öldürmüş veya onun öldürülmesinde herhangi bir şekilde suç ortaklığı etmişse, sigorta bedelinden mahrum kalır ve bu bedel ölenin mirasçılara ait olur.

**3.4.** - Aksi sözleşme ile kararlaştırılmadıkça, sigorta savaş halinde geçerli değildir. Ancak sigortalı savaş esnasında ve savaş hareketleri dolayısıyla ölürse, ölüm tarihindeki riyazi ihtiyatlar, ödeme tarihine kadar geçecek süreye ait teknik faizleriyle birlikte hak sahiplerine ödenir.

**3.5.** - Sigortalı, aksine bir sözleşme olmadığı sürece; AIDS, nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj veya tedavi amaçlı olanlar hariç, nükleer rizikolar sonucu ölürse, Sigortacı, yalnızca riyazi ihtiyatı ödemekle yükümlüdür.

### 4. Sigortalının Yükümlülükleri

Hayat Sigortası Genel Şartları ve Türk Ticaret Kanunu hükümleri çerçevesinde öngörülen yükümlülükler saklıdır.

### 5. Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi

Sigortacı, Sağlık Poliçesi kapsamına dahil olacak kişileri, sigorta ettiren ve / veya sigortalının Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda beyan ettiği bilgilere göre; sigorta ettiren ve / veya sigortalının muvafakati ile hastalık / rahatsızlıklarını inceleyerek Hayat Poliçesi Teminatı kapsamına alıp almama hakkına sahiptir. Sigorta Ettiren ve / veya Sigortalı, daha önce beyan ettiği bilgilerde değişiklik meydana gelmesi halinde durumu Sigortacı'ya bildirmekle yükümlüdür.

### 6. Yenileme

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra Sağlık Poliçesi'nin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir Sağlık Poliçesi'nin düzenlenmesi ile Hayat Poliçesi'nin yenilenmesidir. Hayat Poliçesi yenilemeleri sigortalının 65 yaşına kadar devam edecektir.

### 7. Poliçe Yenileme Değerlendirmesi

Sigortacı, Hayat Teminatının yenileme kararını verirken, sigortalının bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve sigortalı tarafından bilinen hususları derhal sigortalılık döneminde ortaya çıkıp da sigortalı tarafından daha sonra öğrenilen ancak Sigortacı'nın bilgisi dahilinde olmayan hastalık / rahatsızlık durumunun en geç 10 gün içinde Sigortacı'ya bildirilmesi gerekmektedir. Aksi halde Sigortacı durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme güvencesi taahhüdüne son verme hakkına sahiptir.

## 8. Poliçenin Sona Ermesi

Hayat Poliçesi kapsamında verilen sigorta teminatı, aşağıdaki durumlardan biri gerçekleştiğinde sona erer ve bundan sonra gerçekleşen risklere ilişkin tazminat ödemesi yapılmaz:

- Sağlık Poliçesi'nin sigortalı / sigorta ettirenin talebi sonucunda iptal edilmesi
- Sigortalının vefat etmesi

## 9. Sigorta Sözleşmesinin Sona Erme Esasları

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

## Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin / Sigortalının Talebi Sonucu İptal

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

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

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

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

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz

vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

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

# HAYAT SİGORTALARI GENEL ŞARTLARI

## A. SİGORTANIN KAPSAMI

### A.1. - Sigortalı, Sigorta Ettiren ve Lehtar

Hayatı üzerine sigorta sözleşmesi yapılan kişiye 'sigortalı'; prim ödemek suretiyle Sigortalının menfaatini Sigortacı nezdinde sigortalayan kişiye 'sigorta ettiren' ve sigorta sözleşmesine taraf olmamakla beraber lehine sigorta sözleşmesi yapılan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde kural olarak sigorta tazminatını Sigortacı'dan isteme hakkına sahip olana da 'lehtar' denir.

Sigortalı ile Sigorta Ettiren aynı şahıs olabileceği gibi hayatta kalma şartıyla yapılan sigortalarda lehtar da aynı şahıs olabilir.

Bir kimsenin hayatı ya o kimse veya onun bilgi ve izni olmasa bile dilediği bir veya birkaç Sigortacı'ya çeşitli bedellerle üçüncü bir kişi tarafından sigorta ettirilebilir; şu kadar ki üçüncü kişinin o kimsenin hayatının devamında maddi veya manevi menfaatinin bulunması sigortanın geçerliliği için şarttır.

### A.2. - Sigortanın Konusu

Sigortacı, bu sigorta ile bir kimsenin belirli bir süre içinde veya sözleşmede belirtilen şart ve haller içinde ölümü veya o kimsenin sözleşmede belirtilen belli bir süreden fazla yaşaması ihtimalini ya da her iki ihtimali beraber sigorta edebilir. Ancak küçüklerin, mahcurların veya mümeyyiz olmayanların ölümünü şart koyarak sigorta etmek batıl, bunların hayatı üzerine sigorta yapmak geçerlidir. Her iki halde de ölüm gerçekleşirse Sigortalının ölüm tarihindeki riyazi ihtiyatı ödenir. Bu genel şartlara göre riyazi ihtiyat ödenmesi gereken hallerde varsa kâr payı da ödenir.

### A.3. - Sigorta Teminatı Dışında Kalan Haller

Aşağıdaki haller sigorta teminatı dışındadır:

**3.1.** - Sigortalı, Sigortacı'yı haberdar etmeksizin ticari hava hatları üzerinde yolcu nakline ruhsatlı işletmelerin uçak veya herhangi bir hava gemisinde ancak yolcu sıfatıyla seyahat edebilir. Hayatı sigortalanan kişinin ölümü yolcu sıfatı dışında havada yapılan yolculuklar esnasında olursa, şirket yalnız riyazi ihtiyatı ödemekle yükümlüdür; ölüm tazminatı ödenmez.

**3.2.** - Sigortalı, intihar veya intihara teşebbüs sonucunda öldüğü takdirde, sigortalının intiharında akli melekeleri ne olursa olsun; Sigortacı sigortanın o andaki riyazi ihtiyatını öder. Aksine bir sözleşme ile süre kısaltılmış olmadıkça sigortalı aralıksız olarak en az 3 yıl devam etmiş bulunuyorsa, Sigortacı sigorta teminatının tamamını ödemekle yükümlüdür.

**3.3.** - Sigortadan faydalanan kimse hayatı üzerine sigorta yapmış olanı öldürmüş veya onun öldürülmesinde herhangi bir şekilde suç ortaklığı

etmişse, sigorta bedelinden mahrum kalır ve bu bedel ölenin mirasçalarına ait olur.

**3.4.** - Aksi sözleşme ile kararlaştırılmadıkça, sigorta savaş halinde geçerli değildir. Ancak sigortalı savaş esnasında ve savaş hareketleri dolayısıyla ölürse, ölüm tarihindeki riyazi ihtiyatlar, ödeme tarihine kadar geçecek süreye ait teknik faizleriyle birlikte hak sahiplerine ödenir.

**3.5.** - Sigortalı, aksine bir sözleşme olmadığı sürece; AIDS, nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj veya tedavi amaçlı olanlar hariç, nükleer rizikolar sonucu ölürse; Sigortacı, yalnız riyazi ihtiyatı ödemekle yükümlüdür.

### A.4. - Sigorta Bedelinin Artırılması

Sigorta süresi içinde, sigorta ettirenin talebi ve Sigortacı'nın da kabulü halinde sigorta bedeli artırılabilir.

Sigorta özel şartları gereği sigorta bedelini kendiliğinden artıran haller hariç, sigorta ettiren teminat artışı talep ettiğinde durumu Sigortacı'ya yazılı olarak bildirmek ve Sigortacı'nın gerekli gördüğü durumlarda yeni bir sağlık raporunu Sigortacı'ya vermek zorundadır. Sigorta bedelinin artırılması halinde yapılacak beyanlar hakkında C.2. hükümleri uygulanır.

### A.5. - Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

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 ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.

### A.6. - Sigortanın Coğrafi Sınırı

Bu sigorta dünyanın her yerinde geçerlidir.

## B. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE HAK SAHİPLERİNİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Hak sahipleri, rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği tarihten itibaren durumu 5 gün içinde Sigortacı'ya bildirmek zorundadırlar. Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için aşağıdaki yazılı belgeleri, masrafı kendilerine ait olmak üzere temin ederek Sigortacı'ya verir.

- a) Sigorta poliçesi (Kaybı halinde sigortalı veya hak sahibinden alınacak imzalı beyan yeterlidir.)
- b) Nüfus idaresi tarafından verilecek tasdikli ve vukuatlı nüfus kayıt örneği
- c) Gerekirse ölüm nedenini açıklayan doktor raporu veya gömme izni
- d) Gaiplik halinde mahkemedan alınacak olan gaiplik kararı

e) Lehtar tayin edilmediği durumlarda veraset ilanı

Sigortacı, vefat rizikolarında gerekirse tazminatı kesinleştirmek için sağlık karnesi ile hastane durum raporunu da ayrıca isteyebilir. Sigortacı talep halinde lehtar ya da sigorta ettirene tazminatın ödenmesine ilişkin olarak aldığı belgeler karşılığında bir alındı belgesi vermek zorundadır.

Bütün belgelerin sigorta şirketine verilmesinden sonra Sigortacı, sözleşme hükümlerine göre ödemesi gereken kesinleşmiş tazminatı on gün içinde hak sahiplerine öder. Poliçenin bulunmadığı durumlarda şirket kayıtları esas alınır. Sadece, hayatta kalma şartıyla yapılmış olan sözleşmelerde, sözleşmede belirtilen sürenin dolması nedeniyle yapılacak ödemelerde sadece sigorta poliçesi ve onaylı nüfus suretinin verilmesi yeterlidir.

### C. ÇEŞİTLİ HÜKÜMLER

#### C.1. - Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacı'nın Sorumluluğunun Başlaması

Sigorta priminin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit poliçenin tesliminde ve kalan taksitler de poliçede belirtilen tarihlerde nakden ödenir.

Sigorta sözleşmesinin yapılmasına ilişkin teklifnamenin sigorta şirketine ulaştığı tarihten itibaren 30 gün içinde ret edilmemesi halinde, sigorta sözleşmesi yapılmış olur.

Teklifnamenin verilmesi sırasında alındı belgesi karşılığında alınan para, teklifnamenin şirketçe kabul edilmesi halinde sigorta ettirenin prim borcuna mahsup edilir.

Hayatı sigorta olunan kimse ilk primin ödenmesinden önce ölmüş ise sigorta hükümsüzdür.

1 yıldan uzun süreli hayat sigortalarında sigorta ücretinin veya taksitlere bağlanmış olduğu takdirde, herhangi bir taksitin vadesinde ödenmemesi halinde Sigortacı, sigorta ettirenin kendisine bildirmiş olduğu son ikametgah adresine taahhütlü mektupla veya noter kanalıyla ücret veya taksitin 1 ay içinde ödenmesini, aksi takdirde, sigortanın feshedilmiş olacağını ihtar eder. Bu sürenin sonunda söz konusu ücret veya taksit ödenmemiş ise sözleşme feshedilmiş olur.

1 yıl ve daha kısa süreli hayat sigortalarında ise sigorta ettiren kimse primini veya taksitlere bağlanmış olduğu takdirde, herhangi bir taksitini vadesinde ödememesi halinde temerrüde düşer ve temerrüt gününü takip eden 15 gün içerisinde dahi sigorta ettiren prim borcunu ödemediği takdirde, bu müddetin

bitiminden itibaren 15 gün süre ile sigorta teminatı durur. Bu sürenin sonuna kadar prim ödenmediği takdirde, sigorta sözleşmesi herhangi bir ihtara gerek kalmadan feshedilmiş olur.

Sigorta primi önceden taraflarca belirlenen vadede makbuz karşılığında ödenir. Poliçede belirtilmek kaydıyla PTT ve diğer kişilerden alınacak primlerin ödendiğine dair belgeler sigorta şirketi makbuzu ile eş değerdedir.

Aksine bir sözleşmeyle süre kısaltılmış olmadıkça 3 yıl geçmeden sigorta ettiren sigortadan cayar veya taahhüdüne uymazsa verdiği primi veya bedeli Sigortacı'dan talep edemez.

İlk 3 senenin primleri öendikten sonra müteakip primler ödenmeyecek olursa poliçe feshedilmez ancak Sigortacı re'sen madde C.5. hükümlerini uygular.

#### C.2. - Sözleşmenin Yapılması Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü

**2.1.** - Sigortacı, bu sözleşmeyi, gerek sigorta ettiren gerekse bilgisinin olduğu hallerde hayatı sigorta edilenlerin ve temsilci aracılığıyla sigorta yapıyorsa, temsilcinin de beyanını esas tutarak yapmıştır.

**2.2.** - Gerek sigorta ettiren gerekse sigortalı ve temsilci, sigorta sözleşmesinin yapılması sırasında kendisince bilinen ve Sigortacı'nın sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde, Sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeden cayabilir veya sözleşmeyi yürürlükte tutarak 8 gün içinde prim farkını talep edebilir. Ancak Sigortacı'nın bildirilmemiş, eksik veya yanlış bildirilmiş olan hususları bilmesi veya ihbar etmemenin ya da yanlış ihbar etmenin kusura dayanmaması halinde cayma caiz değildir. Bu durumda rizikonun kabul edildiğinden daha yüksek olması nedeniyle daha fazla bir prim alınması gerekiyorsa, Sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 8 gün içinde prim farkını talep edebilir.

Sigorta Ettiren, talep edilen prim farkını kabul ettiğini 8 gün içinde bildirmedeği takdirde, sözleşmeden cayılmış olur. Ancak prim farkının kabul edilmemesi nedeniyle sözleşmeden cayılması Sigortacı'nın gerçeğe aykırı veya eksik beyanı öğrendiği tarihten itibaren 1 aylık süre içinde söz konusudur.

Beyan yükümlülüğünün kasıtlı ihlali halinde Sigortacı riziko gerçekleşmiş olsa bile sözleşmeden cayabilir ve prime hak kazanır.

Kastın söz konusu olmadığı durumlarda riziko; Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya Sigortacı'nın

cayabileceği veya caymanın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, Sigortacı tazminatı o tazminata ilişkin olarak tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki orana göre öder.

**2.3.** - Cayma veya prim farkını talep etme hakkı süresinde kullanılmadığı takdirde, düşer.

**2.4.** - Sözleşme akdedilmesinden itibaren aralıksız veya itirazsız olarak 2 yıl süreyle yürürlükte kalmışsa artık Sigortacı sözleşmeden cayamaz ancak durumu öğrendiği tarihten itibaren 8 gün içinde prim farkını talep edebilir. Ancak sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmezse, rizikoya ilişkin olarak alınan prim ile alınması gereken prim arasındaki oran çarpılır çıkan miktar tazminat olarak ödenir.

**2.5.** - Eksik ve yanlış beyan fazla prim alınmasına neden olmuşsa, fazla alınan miktar sigorta ettirene gün esaslı üzerinden iade olunur.

#### C.3. - Sigorta Süresi İçinde Beyan Yükümlülüğü

Sözleşmenin yapılmasından sonra, Sigortacı'nın izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana getirilen değişikliklerin 8 gün içinde Sigortacı'ya bildirilmesi gerekir. Durumun Sigortacı tarafından öğrenilmesinden sonra:

**3.1.** - Değişiklik, Sigortacı'nın sözleşmeyi yapmaması ya da daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hallerden ise Sigortacı 8 gün içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta Ettiren talep edilen prim farkını kabul ettiğini sekiz gün içinde bildirmediği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur. Ancak prim farkının kabul edilmemesi nedeniyle sözleşmenin feshi Sigortacı'nın değişikliği öğrendiği tarihten itibaren sekiz gün içinde söz konusudur. Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer. Her ne şekilde olursa olsun değişikliği öğrenen Sigortacı, sigorta hükmünün devamına razı olduğunu gösterir bir harekette bulunursa fesih hakkı düşer.

**3.2.** - Değişiklik, rizikoyu hafifletici nitelikte ve daha az prim uygulanmasını gerektirir hallerden ise Sigortacı değişikliğin yapıldığı tarihten itibaren dönem sonuna kadar geçecek süre için gün esasına göre hesap edilecek prim farkını sigorta ettirene geri verir.

**3.3.** - Sigortacı'nın sözleşmeyi bu değişikliklere göre yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hallerde:

- Sigortacı durumu öğrenmeden önce
- Sigortacı'nın fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde
- Fesih ihbarının hüküm ifade etmesi için geçecek

süre içinde riziko gerçekleşirse, Sigortacı tazminatı, o tazminata ilişkin olarak tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki orana göre öder.

#### C. 4. - Sigortanın Tekrar Yürürlüğe Konulması veya Eski Haline Dönüştürülmesi

Primin ödenmemesinden dolayı fesih veya tenzil edilmiş olan sözleşme, ödenmeyen ilk primin vadesini izleyen 6 ay içinde ve birikmiş primler, her primin vadesinden itibaren hesap edilecek kanuni gecikme faiziyle birlikte sigorta ettiren tarafından bir defada ödenmek şartıyla tekrar yürürlüğe konulur veya eski haline dönüştürülür. Bu 6 aylık süre geçtiği takdirde, Sigortacı isterse, masrafı sigorta ettirene ait olmak üzere sigortalıdan yeni bir muayene isteyebilir. Muayene sonucu sigortanın devamı bakımından uygun görüldüğü ve birikmiş primler yukarıda yazılı esaslar dahilinde ödendiği takdirde, Sigortacı sözleşmeyi tekrar yürürlüğe koyar. Sigortanın yeniden yürürlüğe girmesi esnasında sigortalının hayatta bulunması şarttır. Sigortanın yeniden yürürlüğe konması esnasında yapılacak beyanların gerçeğe aykırı olması halinde madde C.2. hükümleri uygulanır.

#### C.5. - Ücretsiz Sigorta (Tenzil)

Sigorta Ettiren kimse, aksine bir sözleşmeyle süre kısaltılmış olmadıkça en az 3 yıllık primi ödedikten sonra sigortadan cayar veya taahhüdüne uymaz ve de sigortayı satın alma (iştir) hakkını da kullanmaz ise sigortası prim ödenmesinden muaf bir sigorta haline çevrilmiş olur. Bu takdirde, sigorta bedeli poliçede ve tarife teknik esaslarında gösterildiği şekilde indirilir.

#### C.6. - Satın Alma (İştir)

Sigortacı, aksine bir sözleşmeyle kısaltılmış olmadıkça en az 3 yıllık primi ödenmiş olan bir sigortayı, sigorta ettirenin talebi üzerine ve sigorta poliçesinin geri verilmesi karşılığında poliçede belirtilen şekilde satın almak zorundadır.

#### C.7- Borç Verme (İkraz)

Sigortacı, aksine bir sözleşmeyle kısaltılmış olmadıkça en az 3 yıllık primi ödenmiş sigortada, sigorta ettirenin talebi üzerine ve poliçenin iadesi karşılığında sigorta poliçesi üzerinden ödünç para vermek zorundadır.

Borcun faizleri, taraflarca kararlaştırılan vadelerde ödendiği sürece sözleşme yürürlükte kalır. Faizler vadelerinde ödenmeyecek olursa, Sigortacı, sigorta ettirene bir ihbar mektubu göndererek borcunu işlemiş faiz ve masraflarıyla 3 ay içinde ödemeye davet eder. Borç bu süre içinde ödenmez ise Sigortacı re'sen iştir eder ve alacağını işlemiş faiz ve masraflarıyla birlikte tahsil eder. Kalan miktar sigorta ettirene iade olunur.

### **C.8. - Hak veya Borçların Devri - Menfaatların Değiştirilmesi**

**8.1.** - Bu sözleşmeden doğan hakların veya borçların devri mümkündür.

**8.2.** - Sigorta Ettiren, sigortadan faydalanan kimseyi sigortanın başlangıcında veya daha sonra tayin edebileceği gibi istediği zaman değiştirme hakkına da sahiptir. Ancak sigorta ettiren değiştirme hakkından vazgeçtiğini poliçeye yazdırmakla birlikte; poliçeyi lehtara teslim etmişse artık o kişiyi değiştiremez.

### **C.9. - Poliçenin Kaybı**

Poliçenin kaybı halinde, şirkette bulunan ve sigorta ettiren tarafından onaylanmış kayıt ve belgeler esas, kaybolan nüsha geçersiz kabul edilerek yerine sigorta ettiren tarafından imza edilecek bir kayıp formu karşılığında ikinci bir örnek poliçe verilir. Bu konuda yapılacak masraflar sigorta ettirene aittir.

### **C.10. - Tebliğ ve İhbarlar**

Sigortalı ve Sigorta Ettirenin bildirimleri, sigorta şirketinin merkezine noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapılır. Sigortacı'nın bildirimleri de sigorta ettirenin ve sigortalının poliçede gösterilen adresine aynı surette yapılır. Bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta ettiren bunu sigorta şirketine bildirmek zorundadır. Aksi takdirde, Sigortacı tarafından yapılacak tebligatın sigorta ettirene ulaştırılmamış olmasından doğacak kanuni sonuçlar doğrudan doğruya sigorta ettirene ait olur.

Taraflara imza karşılığında, elden verilen mektup veya telgraf ile yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir.

### **C.11. - Sigortalıya Ait Sırların Saklı Tutulması**

Sigortacı ve Sigortacı adına hareket edenler bu sözleşmenin yapılması dolayısıyla sigortalıya, sigorta ettirene ve lehtara ait öğrenecekleri sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludurlar.

### **C.12. - Yetkili Mahkeme**

Bu sözleşmeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme sigorta şirketi merkezinin veya sigortalının ikametgahının bulunduğu, sigorta şirketince açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerdeki ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemelerdir.

### **C.13. - Zaman Aşımı**

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler, 2 yılda zaman aşımına uğrar.

### **C.14. - Özel Şartlar**

Sigorta sözleşmelerine, genel şartlara aykırı düşmemek ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şartlar konulabilir.

Allianz  
Her Zaman  
Kazandırıyor!

Allianz  
Türkiye Facebook  
sayfamızı beğenin,  
fırsat ve  
avantajlarımızdan  
haberdar olun...



[www.facebook.com/AllianzTurkiye](http://www.facebook.com/AllianzTurkiye)



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  
Ticaret Sicil No: 6022  
Mersis No: 0-8000-0132-7000012

Allianz Sigorta A.Ş. [www.allianzsigorta.com.tr](http://www.allianzsigorta.com.tr) 444 45 46  
Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş. [www.allianzemeklilik.com.tr](http://www.allianzemeklilik.com.tr) 444 45 46  
Allianz Yaşam ve Emeklilik A.Ş. [www.allianzyasamemeklilik.com.tr](http://www.allianzyasamemeklilik.com.tr) 444 0 953



Versiyon kodu: 151010MDSC