

**MODÜLER SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI****İÇİNDEKİLER**

1	SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI.....	4
2	TANIMLAR .....	4
3	TEMİNATLAR.....	9
3.1	Yatarak Tedavi Modülü.....	9
3.1.1	Yatarak Tedaviler .....	9
3.1.1.1	Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar.....	10
3.1.1.1.1	Ameliyat.....	10
3.1.1.1.2	Ameliyatsız Tedavi .....	10
3.1.1.2	Evde Bakım ve Tedavi.....	10
3.1.1.3	Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon.....	10
3.1.1.4	Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik.....	11
3.1.1.5	Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri.....	11
3.1.1.6	Trafik Kazası Sonrası Dış Tedavi .....	11
3.1.1.7	Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem.....	11
3.1.1.7.1	Küçük Cerrahi .....	11
3.1.1.7.2	Tıbbi Gözlem Tedavi.....	12
3.1.1.8	Tıbbi Malzeme .....	12
3.1.1.9	Ambulans.....	13
3.1.2	Suni Uzuv.....	13
3.1.3	Türkiye’de Tedavisi Olmayan Yatarak Tedaviler.....	13
3.1.4	Kontrol Mamografi .....	13
3.1.5	PSA Tarama.....	13
3.1.6	Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü .....	13
3.2	Ayakta Tedavi Modülü.....	14
3.2.1	Ayakta Tedaviler .....	14
3.2.1.1	Doktor Muayene .....	14
3.2.1.2	İlaç .....	14
3.2.1.2.1	Aşılar .....	15
3.2.1.3	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon .....	15
3.2.1.4	Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri.....	15
3.2.1.5	İleri Tanı Yöntemleri .....	15
3.3	Doğum Modülü .....	16
3.3.1	Doğum Paketi .....	16

3.3.1.1	Doğum.....	16
3.3.1.2	Gebelik Komplikasyonları Tedavi .....	16
3.3.1.3	Gebelik Rutin Kontrolleri.....	17
3.3.2	Yenidoğan Paketi.....	17
3.4	Diş ve Gözlük Modülü .....	17
3.4.1	Diş Tedavi .....	17
3.4.2	Gözlük ve Lens .....	17
3.5	Ek Hizmetler Modülü.....	18
3.5.1	Sağlık Tarama (“Check-up”) Teminatı .....	18
3.5.2	Prestij Paket Teminatı .....	18
3.6	Sağlık Dışı Teminatlar.....	18
3.6.1	Kaza Sonucu Vefat ve Sürekli Sakatlık.....	18
3.6.2	Hayat Teminatı.....	19
4	BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ.....	19
4.1	Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi .....	19
4.2	Doğum Modülü Bekleme Süresi .....	19
4.3	Diş Tedavi Bekleme Süresi .....	20
5	TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR.....	20
6	COĞRAFİ KAPSAM .....	24
7	TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI .....	25
7.1	Limit Uygulaması.....	25
7.2	Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması .....	25
7.3	Muafiyet Uygulaması.....	25
7.4	Kalan Limit Hesaplaması.....	25
7.5	Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network .....	25
7.6	Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi.....	26
8	TAZMİNAT ÖDEMESİ .....	26
8.1	Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler.....	26
8.2	Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi.....	27
9	POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ.....	28
9.1	Poliçenin Yenilenmesi.....	28
9.2	Ömür Boyu Yenileme Garantisi.....	29
10	PRİM TESPİTİ .....	30
10.1	Prim Tespitine İlişkin Kriterler .....	30
10.2	Prime İlişkin Düzenlemeler.....	30

10.2.1	Hastalık Ek Primi .....	30
10.2.2	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi.....	30
10.2.3	Fark Primi Zeyili .....	31
10.2.4	Tarife Değişiklik Limiti Uygulaması.....	31
10.2.5	Diğer İndirimler .....	31
11	YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ .....	32
11.1	Sigortalı Girişi.....	32
11.2	Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi .....	32
11.3	Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi.....	32
11.4	Allianz Bebeği .....	32
12	GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR .....	33
12.1	Teminat Değişiklik İşlemleri .....	33
12.2	Diğer Sigorta Şirketlerinden Geçiş (Transfer) İşlemleri .....	33
13	SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI .....	34
13.1	Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal.....	34
13.2	Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı .....	34
14	EKLER .....	35
14.1	Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini.....	35
14.2	Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi.....	35
14.3	Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri.....	35
14.4	Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler .....	36
14.5	Rücu ve İstirdat Hakkı.....	36
14.6	Ekonomik Yaptırımlar.....	36

## 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 Sigortaları 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, yurtdışı 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

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

Sağlık Hizmet Tarifesi

Allianz 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) 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 poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

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

c) Anlaşma Harici Sağlık Kurumu (“AHK”)

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

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

d) Yurtdışı Sağlık Kurumu (“YD”)

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

Tazminat

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

a) Provizyon / E- Provizyon

Sigorta ettiren/Sigortalıların tercih etmiş oldukları Network'de yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme sağlık giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olması şartıyla geçerlidir.

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

b) Tahakkuk

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

c) Doğrudan Ödeme

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

d) Sonradan Ödeme

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

Tedavi Masrafları Talep Formu ("TMT Formu")

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

Teminat

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

Limit

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

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

Katılım Payı

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

Modül

Sigortacı tarafından sigortalının tercihine sunulan ve poliçe 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, poliçe özel şartlarına istinaden hakedilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

d) Toplam Poliçe Primi

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

Hastalık Ek Primi

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

Yeni iş Poliçe

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

Transfer Poliçe

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 Poliçe

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

Zeyilname

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

### 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 Modülü'nden faydalanabileceklerdir.

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

##### 3.1.1 Yatarak Tedaviler

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

Yatarak Tedavi modülünde yurtdışı teminatı tercih edilmiş ise, poliçede yurtdışında geçerli olduğu belirtilen teminatlar, Yurtdışı 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 tıbben 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 Tarifesi”nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

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

#### **3.1.1.1.2 Ameliyatsız Tedavi**

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

#### **3.1.1.2 Evde Bakım ve Tedavi**

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

#### **3.1.1.3 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 gerçekleşmiş 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 Modülü’nün 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 limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş 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 Diş Tedavi**

Resmi kurumlarca (adli, idari merciler) düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, sigortalının trafik kazası sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmalarında, diş hekimi ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş ve diş eti ile ilgili her türlü tedavi giderleri, poliçede belirtilen ‘‘Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi’’ teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

#### **3.1.1.7 Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem**

##### **3.1.1.7.1 Küçük Cerrahi**

‘‘Sağlık Hizmet Tarifesi’’nde küçük ameliyat olarak belirtilen cerrahi girişimler (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama, kriyo ve elektrokoter işlemleri ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır. Bu işlemlerin ‘‘Sağlık Hizmet Tarifesi’’ne göre 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise ‘‘Yatarak Tedaviler ve 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/ilâç, ameliyathane, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı giderleri ve doktor ücretleri de ‘‘Küçük Cerrahi’’ teminatından karşılanır.

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

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

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

### **3.1.1.7.2 Tıbbi Gözlem Tedavi**

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

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

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, “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 işitme 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"nın 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 yurtdışında limitli olarak tercih edilen poliçelerde ek yurtdışı 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 yaptıracakları kontrol mamografiye ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere internet sitemizde yer alan "Özel Anlaşmalı Mamografi Tarama Merkezlerinde" önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

### **3.1.5 PSA Tarama**

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

### **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.

<b>Genel Sağlık Kontrolü Tetkikleri</b>	<b>0-18 Yaş</b>	<b>19-40 Yaş</b>	<b>41 Yaş ve Üzeri</b>
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, İlaç, 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 yurtdışı teminatı tercih edilmiş ise, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

##### **3.2.1.1 Doktor Muayene**

Sigortalının bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için 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 İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 2’er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, 1’er doz Su Çiçeği , BCG (Verem),

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

Yetişkinlerde aşılar;

1 doz Hepatit A,

3 doz Hepatit B,

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

1 doz Pnömonokok

1 doz Grip aşısı olarak belirlenmiştir.

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

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

### **3.2.1.3 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.

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak ayakta tedavi modülünün limitsiz seçilmesi durumunda Anlaşma Harici Kurumlarda her bir işlem “Sağlık Hizmet Tarifesi” ile de sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir.

### **3.2.1.4 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 grafipler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler “Ayakta Tedaviler” teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

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

### **3.2.1.5 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 gerçekleşmiş 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” gerçekleşmesi koşulu aranmaktadır.

Yurtdışında gerçekleşen;

- Normal doğum, sezaryen, gebelik komplikasyonları ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için poliçede Yatarak Tedavi Modülü’nde yurtdışı teminatı,
- Gebelik rutin kontrolleri ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için poliçede Ayakta Tedavi Modülünde yurtdışı teminatı,

tercih edilmesi gerekmektedir. Bu giderler, Doğum Paketi için poliçede belirtilen Yurtdışı Sağlık Kurumu limit 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 [hiperemezis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi gibi], lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait

komplikasyonlar, poliçede belirtilen “Gebelik Komplikasyonları Tedavi” teminat limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

### **3.3.1.3 Gebelik Rutin Kontrolleri**

Gebelik Rutin Kontrolleri, poliçede tercih edilmiş olması durumunda geçerlidir.

Gebelik gerçekleşikten 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 Modülü’nden 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 Tedavi” yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

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

Estetik amaçlı diş tedavileri, yardımcı alet giderleri, ortodontik ve pedodontik tedaviler Diş Tedavi teminatı kapsamı dışındadır.

Diş Tedavi teminatının “Limitsiz” alınabilmesi için, sigortalının “Allianz Çözüm Hattı” aracılığıyla diş taraması için özel anlaşmalı sağlık kurumlarından diş sağlığının yerinde olduğunu belirten rapor alması gerekmektedir. Bu teminatın “Limitsiz” olarak devam ettirilebilmesi için sigortalının her yıl en az bir kez diş sağlığı kontrolüne gitmesi gerekmektedir.

Bu hizmet sadece "Allianz Çözüm Hattı"nın aranarak önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, Anlaşmalı Kurum kapsamında değerlendirilir, “Allianz Çözüm Hattı” aranmadan yapılan işlemler kurum anlaşmalı olsa dahi Anlaşma Harici Kurum kapsamında değerlendirilir.

### **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 suyu 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 gerçekleşmiş olması kaydıyla geçerlidir.

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

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

#### 3.5.2 Prestij Paket Teminatı

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

- 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.
- 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.
- 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.

### 3.6 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 fitik,
- Omurga ve disk hastalıkları,
- Kist dermoid sakral,
- Ano-rektal hastalıklar,
- 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,
- Hidrosetel,
- 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 Adet Tarihi (SAT) dikkate alınır. SAT'ın poliçe üzerinde belirtilen 5 ya da 18 aylık bekleme süresi sonrasında ve gebelik takibinde yapılan ultrasonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.

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.
- Sigortalının gebe olması durumunda, Network, limit, ödeme yüzdesi ve modül kapsam artırımını yapılamayacaktır.
- 5 aylık bir bekleme süresine haiz bir Network'ten 18 aylık bir bekleme süreli Network'e geçişlerde sadece kalan süre için bekleme süresi uygulanır.
- 18 aylık bir bekleme süresine haiz bir Network'ten 5 aylık bir bekleme süreli Network'e geçişlerde bekleme süresi yeniden başlar.

#### 4.3 Dış Tedavi Bekleme Süresi

Acil Dış Hastalığı tanımı dışındaki dış hastalıkları, Dış Tedavi teminatının sigorta kapsamına dahil olmasından 3 ay sonra teminat kapsamına alınır.

## 5 TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ 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 yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bulunan sigortalılar dahil olmak üzere, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,
2. Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan mevcut rahatsızlık/hastalıklarla ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü sağlık gideri,
3. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;
  - Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar,
  - Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç),
  - Büyüme ve gelişme bozuklukları,
  - 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
  - Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları,
  - Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
  - Keratokonus,
  - Pes Planus, Halluks Valgus,
  - Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,
  - Jinekomasti ve
  - Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

**İstisnai Durum:** "Allianz"ta 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"ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla)
- Genetik hastalıklar (Allianz"ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla)
- 18 yaşından önceki kasık fitiği, kordon kisti, hidrosel,
- Keratokonus,
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları ile ilgili giderler poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

Ancak herhangi bir klinik şikayeti ve/veya tanısı olmaksızın yapılan her türlü Doğumsal (konjenital), Genetik Anomali ve Hastalıklar'ın araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderleri, Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar 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 gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,
  13. Sigortalıya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA"), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları, Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve/veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,
  14. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
  15. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,
    - a. Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğ u 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) tetiklerine ait her türlü gider,
    - b. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
    - c. Evlilik öncesi, iş e 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 aşıları,

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, spermogram, AMH -Anti Müllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
  - b. Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
  - c. Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler,
26. Cinsiyet değiştirme ameliyat ve tedavileri, cinsel işlev bozuklukları, peyroni hastalığı ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler(penil protez uygulaması, cinsel fonksiyonları destekleyen hormon ve ilaçlar gibi),
27. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkuminata 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, paraşütle atlama, rodeo, yamaç paraşütü, planör, rafting, sokak kızıağı, yüksekten atlama sporları (base jumping gibi), uçurtma ile yapılan sporlar (kiteboarding, kitesurfing gibi),

su altı sporları, mağara dalgıçlığı, dağ bisikleti, motorsiklet ve otomobil sporları gibi) ile ilgili her türlü gider ile profesyonel sporcu olarak her türlü müsabakaya ve/veya antrenman sonucu meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklara ilişkin her türlü gider,

30. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider
  - a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
  - b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,
  - c. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,
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 (kanser 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 (Yurtdışı Kapsamı, İlaç, Gebelik Rutin Kontroller gibi) ilgili her türlü gider;
38. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.

## 6 COĞRAFİ KAPSAM

Poliçe yer alan teminat tablosunda yurtdışı 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 Yurtdışı Sağlık Kurumu olmak üzere üç kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı buldukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

Ana veya alt teminatlar Yurtiçi Anlaşmalı Sağlık Kurumları (AK) için limitli ise, bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları (AHK) ve (poliçede yurtdışı teminatının bulunması durumunda) Yurtdışı 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 Yurtdışı 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 Yurtdışı Sağlık Kurumu için ortak tutardır.

### 7.4 Kalan Limit Hesaplaması

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

### 7.5 Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network'ler, Şirketimizin kurumsal internet sitesi olan [www.allianzsigorta.com.tr](http://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 Modülü’nde yer alan Ameliyat Öncesi/Sonrası Tetkik teminatı ile ilgili sağlık giderleri Anlaşmalı Sağlık Kurumu’nda gerçekleşse dahi her durumda “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- “Anlaşmalı Muayenehane” uygulamasının bulunduğu illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak muayene giderleri, doktor muayene teminatı kapsamında poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve %100’lü olarak “doğrudan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- 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 Bakanlığı’nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Sağlık Bakanlığı’na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri’nde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır.
- Yurtdışı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri poliçede belirtilen Yurtdışı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle “sonradan ödeme” sürecinde karşılanır. Ancak, Yurtdışı danışma hattının ("Yurtdışı Danışma") kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, “doğrudan ödeme” sürecinde yönetilmektedir.
- Ek Hizmetler Modülü ile Yatarak Tedavi Modülünde yer alan Aile Hekimliği, Kontrol Mamografi, PSA Tarama teminatları poliçede tercih edilmiş Network dışında yapılması durumunda karşılanmaz.

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 evrakları ile Sigortacı'ya başvurarak bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu)" ekinde talep etmesi durumunda bu masraflar, sonradan ödeme sürecinde değerlendirilerek Sigortacı tarafından karşılanır.

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

## 8.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi, sigortalının, detayları aşağıdaki maddelerde yazılı bilgi ve belgeleri eksiksiz şekilde Allianz'a ulaştırmasını takiben Özel Şartlar ve Türk Ticaret Kanunu (TTK)'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 sigortaları hasta bilgi formu" nun doldurulması,
- Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

### 2. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu)" ekinde talep etmesi gerekmektedir. Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, anlaşma harici sağlık kurumları için geçerli olan teminat limitleri ve ödeme yüzdelere 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 alınamadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
- POS fişi iletildiğinde, üzerinde hizmeti alan kişinin adı-soyadı ile birlikte doktor kaşe ve imzası olmalı veya hizmeti alan kişiye ait doktor raporu eklenmelidir.
- Faturada birden çok kalem varsa (Örn; yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri
- Reçete aslı, ilaç küpürlerinin asılları ve barkodları,
- Tetkik istem formu ve sonuçları (fotokopi olabilir)
- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.
- Müdahalelerde teşhis/tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon faturalarında, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu,

trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb.(Doğrudan Ödeme aşaması dahil)

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

### **Yurt Dışında Yapılan Tedavi Giderleri;**

“Yurtdışı Danışma” hattının kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, varsa yurtdışı 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 yurtdışında olduğuna dair belge(pasaport ön yüzü ve o tarihleri içeren pasaport giriş çıkış sayfa örneği),
- Fatura aslı ve / veya ödemenin yapıldığına dair belgenin aslı,
- Son alacak/ borç (balance) durumunu gösteren belge (itemized bill ; bu dökümden ödeme tutarları, indirim tutarları gibi kalemler yer almalıdır.

Yurt dışında sigortalı tarafından ödenen tedavi giderleri, tedavinin bitiş tarihindeki TC Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak sigortalı'ya ödenir.

## **9 POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ**

### **9.1 Poliçenin Yenilenmesi**

Sigortalının poliçesi, yeni iş veya transfer olarak Modüler Sağlık Sigorta poliçesine kabul edilmesinden “Ömür Boyu Yenileme Garantisi” için değerlendirme yapılacak poliçe dönemine kadar, otomatik olarak aşağıdaki koşullarla yenilenir:

- 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.
- Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda beyan edilen hastalık ve rahatsızlıklar için sigortaya kabulde istisna ve/veya hastalık ek primi uygulanmışsa tekrar değerlendirilmez.
- Bu süre içerisinde 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 ulaştırılmasıyla Sigortacı tarafından, aksi durumda sigortalı tarafından karşılanır.

Yenileme poliçeleri, en geç vade tarihinde, 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. Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır. Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta poliçesinin satışının durdurulması halinde, bu poliçede devam etmekte olan sigortalıların poliçeleri, bitiş tarihlerine dek devam 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 üç 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, üç 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 tarihinde geçerli olan özel şartlar ile ömür boyu yenileme garantisine ilişkin bilgiler dikkate alınır. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan sigortalı aleyhine değiştirilemez.

Yapılan inceleme sonucunda Sigortacı;

- Herhangi bir ek prim veya istisna uygulamadan "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" verebileceği gibi bu esnada, varsa mevcut istisna ve/veya hastalık ek 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 yapabilir.

"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 arttırılmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.
- Sigortalının bu hakkı kazanmasından sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından dolayı hastalık ek primi, istisnası uygulanmaz.
- 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 Tarifesi”nde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarının fiyatlarında yapmış oldukları değişiklikler gibi kriterler çerçevesinde belirlenmektedir.

### 10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler

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

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

#### 10.2.1 Hastalık Ek Primi

Sigortalının “Sağlık Tarife Primi”ne 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 kademedен 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 Primi”ne uygulanır. Sigortalının “Sağlık Tarife Primi”ne uygulanacak tazminat ek prim oranı %30’u geçemez.

Kendisi veya eşi konumunda, ilk kez veya transfer olarak poliçeye dahil olan bir bayan sigortalının Doğum Modülü’nü tercih etmiş olması durumunda , sigortalının ilk yıl

yenileme döneminde, yenilenen poliçesinin “Sağlık Tarife Primi’ne Hasarsızlık İndirimi veya Tazminat Ek Primi uygulanmayıp sigortalı poliçesi T/P oranından bağımsız olarak 3. kademe’de yenilenir. Yenileme dönemlerinde poliçenin kesintisiz devam etmesi halinde “Prime İlişkin Düzenlemeler” maddesi altında belirtilen kurallar çerçevesinde ikinci yenilemesinde (ardışık üçüncü yılında) kademe geçişleri için T/P oranı dikkate alınarak indirim / ek prim uygulaması devreye girer.

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'den büyük	3 (Baz)
5 (-%30)	50'den küçük	6 (-%45)
	50 (dahil) -75 (dahil) arasında	5 (-%30)
	75'den büyük	4 (-%15)
6 (-%45)	50'den küçük	6 (-%45)
	50 (dahil) - 75 (dahil) arasında	6 (-%45)
	75'den büyük	5 (-%30)

### 10.2.3 Fark Primi Zeyili

Poliçe yenilendikten sonra, bir önceki poliçe dönemine ait yapılacak tazminat ödemelerinin sigortalının tazminat / sağlık net prim oranını değiştirerek yenilenen poliçenin primini 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 aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dâhilinde 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 tarihi, 0-64 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler.

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

Bir kişi, Modüler Sağlık Sigortası ürününde birden fazla poliçede sigortalanamaz.

### 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 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 itibari 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 poliçesinin 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 alarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Poliçenin yenilenmesinde, ürün ve modüllerde değişiklik talepleri, poliçe bitiş tarihi öncesi ve sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir. Ancak, 65 yaş ve üzerindeki sigortalılar için, mevcut poliçesindeki tercihleri (kapsam,teminat limiti, ödeme yüzdesi, muafiyet, network gibi belirli kriterleri) genişletmeye yönelik değişiklik talepleri kabul edilmez.

### 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 poliçesinin bitiş tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Başvuru ve Bilgilendirme Formu doldurularak Allianz’a başvurulmalıdır.
- Diğer sigorta şirketindeki sağlık sigortasında en az bir 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 sigortalıya 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 aşıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

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

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

Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Yazılı onayın alınmadığı veya sigorta ettirenin kanuni varislerinin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda, "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 düzenletmesi, 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 bireyelerine 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 Kuruluşları'na veya sigortalı/sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı/sigortalılardan talep 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 sarı şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

#### **14.6 Ekonomik Yaptırımlar**

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