

## GRUP SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

### İÇİNDEKİLER

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI.....	4
2. TANIMLAR.....	4
3. TEMİNATLAR .....	10
3.1 ANA TEMİNATLAR.....	10
3.1.1 Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar .....	10
3.1.1.1 Ameliyat.....	10
3.1.1.2 Ameliyatsız Tedavi / Ortalama Günlük Tedavi.....	11
3.1.1.3 Evde Bakım ve Tedavi .....	11
3.1.1.4 Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon .....	11
3.1.1.5 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi.....	11
3.1.1.6 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri .....	11
3.1.2 Küçük Cerrahi.....	12
3.1.3 Tıbbi Gözlem Tedavi.....	12
3.1.4 Kara Ambulansı .....	13
3.2 İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR.....	13
3.2.1 Ayakta Tedavi Teminatları.....	13
3.2.1.1 Doktor Muayene .....	13
3.2.1.2 İlaç.....	13
3.2.1.3 Laboratuvar Tetkikleri .....	14
3.2.1.4 Röntgen.....	14
3.2.1.5 İleri Tanı Yöntemleri.....	14
3.2.1.6 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon.....	15
3.2.2 Diğer Teminatlar.....	15
3.2.2.1 Hava Ambulansı .....	15
3.2.2.2 Suni Uzun .....	15
3.2.2.3 Tıbbi Malzeme .....	15
3.2.2.4 Trafik Kazası Sonrası Diş Tedavi.....	16
3.2.2.5 Kontrol Mamografi .....	16
3.2.2.6 PSA Tarama .....	16
3.2.2.7 Ek Rehabilitasyon .....	16
3.2.2.8 Hamilelik ve Doğum Teminatı .....	16
3.2.2.8.1. Doğum ve Sezaryen.....	16
3.2.2.8.2. Gebelik Komplikasyonları Tedavi .....	17

3.2.2.8.3.	Gebelik Rutin Kontrolleri.....	17
3.2.2.8.4.	Doğum Kontrolü .....	17
3.2.2.9	Diş Tedavi.....	17
3.2.2.10	Gözlük ve Lens.....	17
3.2.2.11	Gündelik Bakım .....	17
3.2.2.12	Günlük İş Görmezlik .....	17
3.2.2.13	Ek Maddi Destek Teminatı.....	18
4.	BEKLEME SÜRELERİ VE TEMİNAT HAKEDİŞLERİ .....	18
4.1	Tedavilerde Uygulanacak Bekleme Süresi.....	18
4.2	Hamilelik ve Doğum Teminatı Bekleme Süresi.....	19
5.	TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR.....	19
6.	TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI.....	24
6.1	Limit Uygulaması .....	24
6.2	Ödeme Yüzdesi, Katılım Payı Uygulaması.....	24
6.3	Muafiyet Uygulaması .....	24
6.4	Kalan Limit Hesaplaması .....	24
6.5	Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network .....	24
6.6	Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi.....	25
7.	TAZMİNAT ÖDEMESİ.....	26
7.1	Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler.....	26
7.2	Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi .....	26
7.3	Yurt Dışında Yapılan Tedavi Giderleri;.....	27
8.	POLİÇENİN YENİLENMESİ.....	27
9.	ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ.....	28
10.	PRİM TESPİTİ .....	28
10.1	Prim Tespitine İlişkin Kriterler.....	28
10.2	Prime İlişkin Düzenlemeler.....	28
11.	YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ .....	29
11.1	Sorumluluklar.....	29
11.2	Sigortalı Girişi .....	30
11.3	Allianz Bebeği.....	30
11.4	Başvuru Formu'nun Değerlendirilmesi .....	31
11.5	Sigortalı Çıkış .....	31
12.	GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR.....	32
12.1	Bireysel Sağlık Poliçesine Geçiş.....	32

13.	SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI.....	32
13.1	Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin/Sigortalının Talebi Sonucu İptal...	32
13.2	Grup Özel Sağlık Sigorta Poliçesi'nin, Sigortacı veya Diğer Sigorta Şirketleri de dahil olmak üzere hiçbir şekilde yenilenmemesi durumunda; .....	33
14.	DİĞER .....	34
14.1	Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini .....	34
14.2	Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi.....	34
14.3	Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri .....	34
14.4	Rücu ve İstirdat Hakkı.....	35
14.5	Ekonomik Yaptırımlar.....	35

## 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 plan/lar, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler ve anlaşmalı kurum ağı (Network) kapsamında işbu Özel Şartlar ("Özel Şartlar") ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları ("Genel Şartlar"), var ise Ek Protokol, sigortacılık ve sağlık mevzuatı ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (Yönetmelik) dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

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

İşbu Özel Şartlarda yapılacak değişiklikler, her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olacaktır.

## 2. TANIMLAR

### Sigortacı

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

### Sigortalı

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan, poliçede ismi yazılı, Türkiye'de ikamet eden ve / veya TCKN veya YKN'na sahip personel/ eş / çocuk konumunda sigortalı kişi/kişilerdir.

### Sigorta Ettiren

Sigortacı ile sigorta sözleşmesini akdeden ve sigorta primlerinin ödenmesi dahil sigortadan doğan yükümlülükleri yerine getirmeye mükellef olan tüzel kişidir.

### Personel

Sigorta Ettiren Şirket'in kadrosunda çalışan kişidir.

### Eş

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu anlamında personel ile evli olan kişiyi ifade eder.

### Çocuk

Sigortalının velayeti altındaki ve/veya hukuken bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen bekar çocuklarıdır.

### Poliçe

Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi'ni belgeleyen evraktır.

### Plan

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigortacının ödeme yüzdesi veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgidir.

### Sigorta Ettiren/Sigortalı İletişim Bilgisi

Grup poliçelerinde Sigorta Ettiren tarafından, toplu olarak Sigortacı'ya iletilmesi halinde personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e 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.

### Ek Protokol

Poliçeye ait ve ayrılmaz bir parçası olarak Sigorta Ettiren'e özel hazırlanan ve özel şartlara uygulanan iyileştirmeleri içeren dökümandır. Özel Şartlar ile Protokol arasında farklılıklar olması durumunda Protokolün lehte düzenlemeleri esastır.

### 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 veya bakmakla yükümlü olduğu resmi belgelerle ispat edilebilen çocuklar dahil) oluşan çekirdek ailenin bir arada yer alabileceği sağlık sigortası türüdür.

### Grup Sağlık Sigortası

Sigorta Ettiren tüzel kişilik ile, bordro, öğrencilik, üyelik gibi ilişkisi olan kişilerin toplu olarak sigortalandığı personel/eş/çocuktan oluşan sağlık sigortası türüdür.

### Katılım Sertifikası

Sigortacı ile Sigorta Ettiren arasında akdedilen sigorta sözleşmesinin özeti niteliğinde bulunan, sigortalanan kişilere ait belirleyici bilgileri, sigortanın başlangıç ve bitiş tarihlerini, teminat tablosu gibi hususları ilgili mevzuat uyarınca ihtiva eden, grup poliçesi kapsamında bulunan Sigortalılara iletmek üzere oluşturulmuş yazılı belgedir.

### Bilgilendirme Formu

Sözleşme kurulmadan önce sözleşmeye taraf olmak isteyen kişiye ve Sigortalı'nın grup sözleşmesine dahil olmasından önce Sigortalı'ya verilen, sigortanın kapsamı, işleyişi ve tazminat ödeme kurallarına ilişkin özet bilgileri içeren belgedir.

### Yaş

Sigorta sözleşmesinde yer alan Sigortalıların, poliçe başlangıç yılı ile Sigortalıların doğum yılı esas alınarak yapılan yaş hesabıdır. Sözleşme süresince başlangıçta hesaplanan risk yaşı geçerlidir.

### Diğer Sigorta Şirketi

T.C. sınırları içerisinde ilgili kanunlara dayanarak ruhsatlı sigortacılık faaliyetinde bulunan Allianz Sigorta A.Ş. dışındaki özel sigorta şirketleridir.

### Hastalık

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

### Rahatsızlık

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

### Mevcut Hastalık /Rahatsızlık

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

### Başvuru Formu

Sigortalı Adayı'na ait kimlik, iletişim, sağlık beyanı, hesap numarası gibi bilgileri içeren ve Sigortalı Adayı tarafından imzalanması gereken formdur.

### Beyan Yükümlülüğü

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

### 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

Sigortacı'nın sağlık hizmeti veren kurumlarla akdettiği sözleşmelerde, tıbbi hizmet ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösteren referans tarifedir. (Türk Tabipler Birliği Tarifesi (TTB), Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanı (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")

Sigortacı'nın sözleşme yapmış olduğu sağlık kurumları ile kurum bünyesinde kadrolu olarak çalışan ve Sigortacı ile anlaşmalı çalışan doktorları ifade eder.

b) Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("Network")

Network, Sigorta Ettiren/Sigortalı tarafından Sigortacı'nın anlaşmalı olduğu sağlık kurumları ve doktorlar arasından tercih edilen ve poliçede yer alan Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nı ifade eder.

Sigortacı ile özel anlaşma yapan muayenehane hekimleri "Uzman Network" olarak isimlendirilmiştir. Her bir Network, Sigortacı 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 ve/veya Sigortacı ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarıdır.

Poliçede tercih edilen Network'te yer alan bir sağlık kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Sigortacı ile anlaşması olmayan doktorlar da "Anlaşma Harici Sağlık Kurumu" olarak değerlendirilir.

d) Yurtdışı Sağlık Kurumu ("YD")

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

Tazminat

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

a) Provizyon / E- Provizyon

Sigorta Ettiren/Sigortalıların tercih etmiş oldukları Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılınıp karşılınmayacağını gösterir, Sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme Sigortalı'nın sağlık giderinin gerçekleştiği/gerçekleşeceği tarihte sağlık poliçesinin yürürlükte 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'te 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 Sigortalı'nın 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 yer aldığı Sigortalı tarafından doldurularak Sigortacı'ya iletilmesi gereken formdur.

Teminat

Sigortacı'nın riskin gerçekleşmesi halinde, Sigortalı'ya 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.

Coğrafi Kapsam

Poliçe yer alan plan ve teminatların coğrafi geçerliliğini (Tüm Dünya/Türkiye gibi) gösteren özelliktir.



## Prim

Sigortacı'nın, sözleşme ile Sigortalı'ya vermeyi taahhüt ettiği teminatlar ve üstlendiği risk için belirlediği bedeldir.

### a) Sağlık Tarife Primi

Poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Grup Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı planlarına ait, personel, eş, çocuk için cinsiyet, yaş ve medeni durum gözetilerek tespit edilmiş olan yıllık baz primi ifade eder.

### b) Poliçe Primi

Sağlık Tarife primi üzerine her bir sigortalı için varsa hastalık ek primi ile tazminat ek priminin ilave edilmesi ile oluşan Sigorta Ettiren'in ödemekle yükümlü olduğu yıllık Grup Sağlık Sigortası Poliçe ve Zeyillerin toplam primidir.

## 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.

## Zeyilname

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

## Allianz Sigorta Başlangıç Tarihi

Sigortalı'nın, Sigortacı'da aralıksız devam eden Sağlık Sigortası Poliçeleri'ne ilk giriş tarihidir.

## Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Başlangıç Tarihi

Sigortalı'nın, Özel Sağlık Sigortası sisteminde aralıksız devam eden Sağlık Sigortası Poliçeleri'ne ilk giriş tarihidir.

## Acil Durum

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve 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 İç Organ Zedelenmesi	Tahriş Edici Gazların Teneffüsü

Diabetik ve Üremik Koma	Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları
Donma	Trafik Kazası
Elektrik Çarpması	Travmaya bağlı her tip suture gerektiren cilt kesikleri
Ensefalit (Beyin İltihabı)	Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar
Epilepsi Krizi	Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum
Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıkları	Tüm Kırık ve Çıkıklar
Gebelik düşüklere bağlı jinekolojik hormonal kanamalar hariç her türlü iç organ kanaması	Uzuv Kopmaları
Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri	Yılan, akrep, örümcek ve böcek sokması sonucu oluşan ciddi alerjik tablolar
Hipertansiyon Krizleri	Yüksek Ateş (38 derece ve üzeri )
Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar	Yüksekten Düşme (intihara teşebbüs hariç)

### 3. TEMİNATLAR

#### 3.1 ANA TEMİNATLAR

##### 3.1.1 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 poliçe planında belirtilen limit, muafiyet, kurum ağı(network), coğrafi kapsam 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 Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri “Ameliyat” teminatı kapsamındadır.

Vücut içi pompalar (insülin pompası hariç), ICD (kalp içi ritim düzenleyici), Kalp pili, 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 de bu teminat kapsamında karşılanır.

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

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

### **3.1.1.2 Ameliyatsız Tedavi / Ortalama Günlük 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" teminatı kapsamında karşılanır.

### **3.1.1.3 Evde Bakım ve Tedavi**

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, Sigortalı'nın 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" teminatı kapsamında karşılanır.

### **3.1.1.4 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" teminatı kapsamında karşılanır.

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak Yatarak Tedavi Teminatının 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.

### **3.1.1.5 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi**

Habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor ücreti) poliçede belirtilen "Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz" teminatı kapsamında karşılanır.

### **3.1.1.6 Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri**

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 ilgili Ayakta Tedavi Teminatları kapsamında karşılanır.

### **3.1.2 Küçük Cerrahi**

“Sağlık Hizmet Tarifesi”nde küçük ameliyat olarak belirtilen cerrahi girişimler (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama, kriyo ve elektrokoter işlemleri, ilaçları dahil göz içi ve eklem içi enjeksiyonlar, tıbbi gereklilik halinde nevüs(ben) ve tam lezyon eksizyonu, ile yapılan biyopsi işlemlerine ait sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır. Bu işlemlerin “Sağlık Hizmet Tarifesi”ne göre 100 birim ve üzerindeki uygulamaları ise “Yatarak Tedaviler ve Ameliyathane” teminatı 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, “Küçük Cerrahi” teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi işlemlerinde “Acil Durum” tanımına uyan ve uygulanacak tedavinin veya işlemin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı giderleri ve doktor ücretleri de “Küçük Cerrahi” teminatından karşılanır.

Ancak, “Acil Durum” tanımına uymayan durumlarda, bu girişimlerle ilgili olsa dahi; her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç giderleri poliçede tercih edilmiş olması halinde, “ilgili teminatları” 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 (Ameliyathane ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

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

### **3.1.3 Tıbbi Gözlem Tedavi**

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına ve yapılan işlemin “Sağlık Hizmet Tarifesi”ndeki birimine bakılmaksızın, yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere (gözlem/müşahede/puva tedavileri gibi) 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, “ilgili teminatları” kapsamında karşılanır.

Poliçe'deki plan/lar kapsamında ilaç teminatı bulunması ve uygulanacak ilacın kapsam dahilinde olması kaydıyla her türlü enjeksiyon bu teminat kapsamında karşılanır.

### **3.1.4 Kara Ambulansı**

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.

Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluktan Sigortacı sorumlu değildir.

## **3.2 İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR**

Aşağıdaki teminatlar, Sigorta Ettiren'in tercihine bağlı olarak Sigortalı'nın dahil olduğu poliçe planlarında yer alması halinde poliçe planında belirtilen limit, muafiyet, kurum ağı(network), coğrafi kapsam ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

### **3.2.1 Ayakta Tedavi Teminatları**

#### **3.2.1.1 Doktor Muayene**

Sigortalının bir kaza, rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için doktor tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler "Doktor Muayene" teminatı kapsamında karşılanır.

Sigortacı'nın "Uzman Network" 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 görülerek reçeteye yazılan 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, "İlaç" teminatı kapsamında 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 ile ilaçların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 15 günden fazla bir süre 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, hastalık ve tedavinin özelliğine göre belirlenecek ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

Ayrıca aşağıda belirtilen aşular, “İlaç” teminatı kapsamında poliçede belirtilen teminat dahilinde karşılanır.

Çocukluk çağı rutin aşuları;

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, yılda 2 doz Grip aşısı olarak belirlenmiştir.

Yetişkinlerde Grip aşısı 1 doz olarak belirlenmiştir. Bunlara ek olarak; Kuduz ve Tetanoz aşuları da her yaş grubu için kapsam dahilindedir.

Toplu aşı organizasyonları sadece “Sigortacı”nın onay vereceği grip aşuları için geçerlidir.

### **3.2.1.3 Laboratuvar Tetkikleri**

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun tetkik isteminde belirttiği kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri bu teminat kapsamında karşılanır

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

### **3.2.1.4 Röntgen**

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun tetkik isteminde belirttiği röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG, solunum fonksiyon testi gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında karşılanır.

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

### **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 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.

Anjiografi (Koroner Anjiografi 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.

### **3.2.1.6 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 “Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon” teminatı kapsamında karşılanır.*

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatının 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.

### **3.2.2 Diğer Teminatlar**

#### **3.2.2.1 Hava Ambulansı**

Sigortalının, sigorta süresi içerisinde kaza veya hastalık sonucu, tıbben hayati tehlike ile karşı karşıya kalmasına yol açacak acil durumu nedeniyle en yakın sağlık kurumuna kara ambulansı ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin yazılı olarak ulaştırılması ve Sigortacı'nın onay vermesi kaydıyla hava ambulansı giderleri teminatı kapsamında karşılanır.

Allianz Çözüm Hattı'na başvurulmaksızın veya Sigortacı'nın onayı alınmadan gerçekleşen hava yolu taşımaları Sigortacı tarafından kabul edilmeyecektir. Özel ya da tarifeli olarak yapılan hava yolu ulaşımına ait giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

Hayati tehlike gösteren acil durum nedeniyle Sigortacı'nın onayı ile geçerli olan hava yolu ulaşım hizmetine ait giderler sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

Üçüncü şahıslardan alınacak bu hizmet sırasında meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzluktan Sigortacı sorumlu değildir.

#### **3.2.2.2 Suni Uzuv**

Sigortalı'nın 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; koklear implantlar, insülin pompası ve göz protezi gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile poliçede belirtilen “Sunı Uzuv” teminatı kapsamında karşılanır.

#### **3.2.2.3 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” teminatı kapsamında karşılanır.

Ancak 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.

Bu teminattan sadece poliçede yer alan teminatlar kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler karşılanır.

#### **3.2.2.4 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” teminatı kapsamında karşılanır.

Diş implantasyonu ile implantasyon öncesinde ve sonrasında ilgili giderler, kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile ilgili giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

#### **3.2.2.5 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.

#### **3.2.2.6 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.

#### **3.2.2.7 Ek Rehabilitasyon**

Sigortalının sigortalılık süresi içinde geçirdiği bir hastalık, sakatlanma veya yaralanmanın ardından (nörolojik hastalıklar, travma, ekstremitte amputasyonu vb.), yitirdiği yaşam fonksiyonlarının (yürüme, yeme-içme, giyinip soyunma vb.) kısmen de olsa normale döndürülebilmesi için uygulanan tedavi yöntemi (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderler, tedavinin sigortalılık süresi içinde tamamlanması, hastanede yatarak yapılması ve bu durumun Sigortacı tarafından onaylanması koşuluyla, poliçede belirtilen teminat kapsamında karşılanır.

#### **3.2.2.8 Hamilelik ve Doğum Teminatı**

Doğum, sezaryen ve Gebelik komplikasyonlarına ait giderler bu teminat kapsamında karşılanır.

##### **3.2.2.8.1. Doğum ve Sezaryen**

Normal doğum ve sezaryene ait giderler poliçede belirtilen Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.



Hamilelik ve Doğum Teminatı'nın yürürlüğe girmesi için, "Bekleme Süreleri ve Teminat Hak Edişleri" maddesindeki şartlar sağlanmalıdır.

#### **3.2.2.8.2. Gebelik Komplikasyonları Tedavi**

Gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar [hiperemesis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi gibi], lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar, teminat tablosunda ayrıca belirtilmesi halinde "Gebelik Komplikasyonları Tedavi" teminat kapsamında belirtilmemişse "Hamilelik ve Doğum" teminatı dahilinde karşılanır.

#### **3.2.2.8.3. Gebelik Rutin Kontrolleri**

Gebelik gerçekleşikten sonra gebelik ile ilgili her türlü takip ve tetkikler (periyodik doktor muayeneleri, TORCH, amniosentez, NST, Down üçlü tarama testi gibi), teminat tablosunda ayrıca belirtilmesi halinde "Gebelik Rutin Kontrolleri" teminatı kapsamında, belirtilmemişse ilgili ayakta tedavi (Doktor muayene, ilaç, tahlil, röntgen, ileri tanı vs.) teminatı dahilinde karşılanır.

#### **3.2.2.8.4. Doğum Kontrolü**

Doğum Kontrol yöntemlerinden kısırlaştırma ( tüp ligasyonu, vasktomisi ), spiral uygulaması ve bu uygulamaların komplikasyonları "Doğum Kontrol Yöntemleri" teminatı kapsamında karşılanır. Bu teminat Hamilelik ve Doğum Teminat limitinin bitmesi durumunda her şekilde son bulur. (Doğum kontrol hapı, hormon enjeksiyonları, kondom gibi diğer doğum kontrol yöntemleri teminat kapsamı dışındadır.)

#### **3.2.2.9 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 poliçe planlarında yer alan "ilaç" teminatı kapsamında karşılanır.

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

#### **3.2.2.10 Gözlük ve Lens**

Sigortalı'nın 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.

#### **3.2.2.11 Gündelik Bakım**

Sigortalı'nın hastalık sonucu bakıma ihtiyaç duyar duruma gelmesi halinde, bakım nedeniyle doğan giderler veya poliçede belirtilen gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminattır.

#### **3.2.2.12 Günlük İş Görmezlik**

Sigortalı'nın hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için poliçede belirtilen günlük iş görememe parasının karşılanmasına ilişkin teminattır.

### 3.2.2.13 Ek Maddi Destek Teminatı

Sigortalı'ya Poliçe Özel ve Genel Şartları çerçevesinde teminat kapsamında kabul edilen kaza ve hastalıkları nedeniyle poliçe geçerlilik süresi içinde ameliyathane koşullarında en az bir cilt kesisi eşliğinde ve hastanede gece yatmayı gerektirecek nitelikte cerrahi müdahalede (ameliyat) bulunulması veya Sigortalı'nın 1 günden uzun süreli (en az 2 gece) yoğun bakımda kalmayı gerektirecek bir tedavi alması durumunda geçerli olan ve poliçe üzerinde belirtilen tazminattır. Ek Maddi Destek Teminatının özellikleri ve Sigortalı'nın bu tazminata hak kazanabilmesi için gerekli koşullar aşağıda listelenmiştir.

- Tedavinin bir Resmi Sağlık Kurumu'nda (Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri, Devlet Üniversiteleri Tıp Fakülteleri'ne bağlı Üniversite Hastaneleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı hastaneler, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi, Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi) veya işbu sözleşmede Anlaşmalı / Anlaşmasız Kurum tanımına giren bir Sağlık Kurumunda gerçekleşmiş olması ve ameliyat giderlerinin 5510 sayılı Kanun uyarınca kişinin Genel Sağlık Sigortası'ndan karşılanmış olması,
- Yapılan müdahalenin en az bir cerrahi kesi eşliğinde yapılması ve Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde yer alması,
- Yapılan müdahalenin, bu Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre teminat kapsamında olan bir hastalık için yapılması,
- Bu tazminata hak kazanılabilmesi için işbu Özel Şartların 'Sağlık Gideri Ödemeleri' maddesinde yer alan tüm belgelerin taburcu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde Sigortacı'ya iletilmesi gerekmektedir.
- Ek Maddi Destek Teminatının kullanılması durumunda aynı tedavi için poliçedeki diğer teminatlar kullanılamaz.
- Tazminat bedelinin belirlenmesinde sadece yapılan en büyük işlemin birimi dikkate alınır.

Bu tazminat aynı hastalık ve/veya kaza nedeniyle bir poliçe yılı içerisinde sadece 1 kez ve en fazla 30 günlük yatışlar için kullanılabilir.

## 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,
- Hidrozel,
- Böbrek ve üriner sistem taşları,
- Tiroid bezi hastalıkları

Ancak,

- Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan 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 Hamilelik ve Doğum Teminatı Bekleme Süresi**

Hamilelik ve Doğum Teminatı bulunan planlarda, hamilelikle ilgili teminat kapsamında bulunan giderlerin karşılanabilmesi için hamileliğin, teminatın alındığı ilk tarihten itibaren en az 5 ay sonra başlaması gerekmektedir. Gebelik Hak Edışı hesaplamasında sigortalının Son Adet Tarihi (SAT) dikkate alınır.

Teminat ilk kez alındığında mevcut olan veya 5 aylık bekleme süresi içinde başlayan hamileliklerle ilgili tüm giderler teminat kapsamı dışındadır.

### **5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER VE İSTİSNAİ DURUMLAR**

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup, bahsi geçen hususlara ilişkin olarak Sigortacı'nın, Sigortalı'ya karşı herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır. 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 var olan 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, hidrozel,
  - Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları,
  - Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
  - Keratokonus,

- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği,
- Jinekomasti ve
- Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

**İstisnai Durum:** Aktif poliçesine göre Allianz'da kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış Sigortalılar ve/veya "Allianz Bebeği" olan Sigortalılar'ın klinik şikayeti ve/veya tanısı olması kaydı ile;

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar (Sigortalı'nın, Sigortacı ile akdedilen poliçeye dahil edilmesi sonrası tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla),
- Genetik hastalıklar (Sigortalı'nın, Sigortacı ile akdedilen poliçeye dahil edilmesi sonrası tanı konması ve istisna uygulanmamış olması şartıyla),
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Keratokonus,
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları ile ilgili giderler poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

Tedaviye yön verecek genetik testler ile Allianz Bebeği'nin ve doğduğu ilk günden itibaren poliçe teminat kapsamına alınan bebeğin yeni doğan rutin tarama tetkikleri hariç, her türlü Doğumsal (konjenital), Genetik Anomali ve Hastalıkların araştırılması ve taranması ile ilgili tetkikler, her türlü gen haritasının çıkarılması giderleri, aktif poliçesine göre Allianz'da kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış sigortalılar ve/veya "Allianz Bebeği" olan sigortalılar için de teminat kapsamı dışında olup buna ilişkin giderler Sigortacı tarafından karşılanmaz.

4. Erken Doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri,
5. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,
6. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),
7. Sigortalının 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 demansiyel 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 (alopeci areata hariç) 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 çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,
14. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yönteme özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri,
15. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,
  - a. Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri (check-up), ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skrolama Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetkiklerine ait her türlü gider,
  - b. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
  - c. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,
16. Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey,

17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,
  - a. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,
  - b. Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
18. Alerjik hastalıklar için yapılan deri testleri ve alerji 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 ısı ölçüm problemleri, buz kesesi, sıcak su torbası veya jelleri, ısıtıcılı battaniye, çocuk bezi, biberon, süt sağma pompası ve aparatları, emzik gibi sıhhi malzemeler,
21. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;
  - a. Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi 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, ortooptik tedaviler gibi),
22. Ses ve konuşma terapileri,
23. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla(AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri,
24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,
25. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,
  - a. Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -Anti Müllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı 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 akkümüinata 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, mini bar 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 Teminatı Limitsiz tercih edilen planlar ve 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 Teminatlar ve teminatlarla (Yurtdışı Kapsamı, İlaç, Gebelik Rutin Kontroller gibi) ilgili her türlü gider;

38. Poliçede tercih edilmemesi durumunda, Sigortalı'nın, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar poliçe kapsamında değildir.

## **6. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI**

### **6.1 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.

### **6.2 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.

### **6.3 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.

### **6.4 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.

### **6.5 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 Sigortacı tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi; bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda doğacak sonuçları, hiçbir şekilde Sigortacı tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılar tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Sigortacı'nın sorumluluğuna gidilemez.

#### 6.6 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.
- " **Uzman Network** " 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 Kurumu'nun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Sigortacı ile anlaşması olmayan 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.
- Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Yurtdışı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen Yurtdışı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Ancak, Allianz Çözüm Hattı'nın kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, "doğrudan ödeme" sürecinde yönetilmektedir.
- 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.

## 7. TAZMİNAT ÖDEMESİ

### 7.1 Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının poliçe, plan/lar ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda, Sigortacı'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından Sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir.

Sigortalı başvuruda bulunduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na Sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen katılım payını ve/veya muafiyetini ödemekle yükümlüdür.

Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na 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.

### 7.2 Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi, Sigortalı'nın, detayları aşağıdaki maddelerde yazılı bilgi ve belgeleri eksiksiz şekilde Sigortacı'ya 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 Sigortalıları Hasta Bilgi Formu" nun doldurulması,
- Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

2. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ödenmesi durumunda, sigortalının bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu)" ekinde talep etmesi gerekmektedir. Poliçe kapsamında yer alan sağlık giderleri, anlaşma harici sağlık kurumları için geçerli olan teminat limitleri ve ödeme yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından tazmin edilir. Ödeme, poliçede tanımlı veya sigortalının bildirdiği banka hesap numarasına yapılır.
- Sağlık giderinin ait olduğu sigortalı adına düzenlenmiş, Tedavi Masrafları Talep Formu "TMT Formu"; doldurulmalıdır. Ekinde;
- Fatura veya Serbest Meslek makbuzu aslı,
- Faturanın 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 kupürlerinin 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) tüm belgeler bulunmalıdır.

Doğrudan ve Sonradan Ödeme sürecinde, Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'yı 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 Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir. Bahse konu masraflar sigortalının teminatının bulunması durumunda poliçesinden, aksi takdirde sigortalı tarafından karşılanır.

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

Allianz Çözüm Hattı'nın kullanılması, ilgili ülkeye veya Sağlık Kurumu'na doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda ve poliçede teminat olması durumunda 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.

## **8. POLİÇENİN YENİLENMESİ**

Sigorta süresinin bitiminden önce Sigorta Ettiren ve Sigortacı'nın karşılıklı anlaşması ile önceki poliçenin bitiş tarihinden itibaren geçerli yeni sözleşme (poliçe) akdedilebilir. Sigortacı, ilgili mevzuatlar kapsamında yenileme poliçesi kapsamında işbu Grup Sağlık Sigortası Özel Şartlarında ve prim tarifesinde değişiklik yapabilir, Sigortalılara tıbbi risk değerlendirmesi yaparak hastalık istisna veya sürprim,

kullanıma bağı ek prim uygulayabilir, geçerli anlaşmalı kurum ağı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri ve yıllık kullanım adetlerinde değişiklik yapabilir. Bu değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Yenileme döneminde Sigorta Ettirenin teminatları daha dar bir ürünü talep etmesi durumunda Sigortacı, yeni bir sözleşme ve protokol düzenleyerek işbu Grup Sağlık Sigortası özel şartlarında değişiklik yapabilir, özel şartlarda yapılan değişiklikler Sigorta Ettirenin sorumluluğunda olup her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sigorta Ettiren tarafından poliçe vadesi içerisinde talep edilen teminat ve/veya ek protokol ile ilgili değişiklikle sigortacı tarafından değerlendirmeye alınmaz.

## **9. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ**

Sigortacı, mevcut Grup Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında en az 3 tam yıl kesintisiz olarak sigortalanmış kişilere Ömür Boyu Yenileme Garantisi vererek, Grup Sağlık Sigorta Poliçesi altında ömür boyu yenileyeceğini kabul ve beyan eder.

Sigortacı Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış sigortalılara, bu hakkı aldıktan sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklar nedeniyle;

- Teminat kapsamını daraltmaz, teminat limitini düşürmez, sigortalı katılım payını arttırmaz; sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapmaz.
- Ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü hastalık ek primi uygulamaz.
- Ödenen tazminatların sözleşme primine oranına bağı ek prim uygulamaz.

Sigortalının bu Grup Sağlık Poliçesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmadan önce ortaya çıkan hastalıkları ve/veya Sigortalı'nın grup poliçesinde muaf tutulmuş olan hastalıkları için Sigortacı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü bulunmamaktadır.

## **10. PRİM TESPİTİ**

### **10.1 Prim Tespitine İlişkin Kriterler**

Sigortacı, Grup Sağlık Sigortası primlerini grubun büyüklüğü, geçmiş dönem kullanımı, sigortalıların yaşı/cinsiyeti, sigorta süresi, teminat yapısı, teminat limiti ve enflasyon oranı gibi kriterleri dikkate alarak belirlemektedir. Birey bazında primlendirme yerine gruptaki sigortalı sayısına göre yaş ve cinsiyet dağılımına göre primlendirme yapılabilmektedir.

Ayrıca Sağlık Hizmet Tarifesinde ( TTB asgari ücret tarifesi, SUT birim ve katsayıları, HUV birim ve katsayıları) oluşan değişiklikler, değerlendirmede sağlık enflasyonu olarak baz alınmaktadır. Sağlık Hizmet Tarifesinde uygulamaların değişmesi durumunda tekrar değerlendirilir.

### **10.2 Prime İlişkin Düzenlemeler**

Poliçe priminin tamamı, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatı ve taksitleri poliçe üzerinde yazılı vadelerde, Sigorta Ettiren'in belirttiği ödeme

şekline ( havale, kredi kartı, bankalara verilen otomatik ödeme talimatı vb.) göre tahsil edilir. Havale ile ödeme yapılacak ise açıklama bölümüne mutlaka Sigorta Ettiren / şirket ünvanı ve poliçe numarası yazdırılmalıdır. Primin belirtilen ödeme aracından tahsil edilmemesi durumunda, TTK hükümleri uygulanır. Sağlık gideri ödemelerinin durdurulmaması ve poliçenin iptal edilmemesi için poliçede yazılı prim ödeme tarihlerinde ilgili ödeme tipinin gerektirdiği hesap / limit kullanılabilir bakiyeleri ile prim ödemesi yapılabilirliğinin uygun olmasına dikkat edilmelidir.

İşbu poliçenin tesliminde sigorta priminin tamamı veya ilk taksiti ödenmez ise sigortacının sorumluluğu başlamaz.

Poliçe başlangıç tarihinden sonraki sigortalı girişlerine ait prim tahakkukları poliçe prim borcuna ilave edilir ve kalan taksit adedine bölünerek takip eden vadelerde eşit taksitlerle tahsil edilir. Sigortalı çıkışlarındaki iade prim tutarı ise eşit taksitlerle poliçe borcundan düşürülür.

Poliçe dönemi içinde bu poliçede verilen teminat limitlerinin değiştirilmesi sonucu oluşan prim, prim borcuna ilave edilir ve kalan taksit adedine bölünerek takip eden vadelere yansıtılır.

Poliçede belirtilen son taksit vadesinden sonraki zeyilnameler peşin olarak yansıtılır.

## **11.YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ**

### **11.1 Sorumluluklar**

Sigorta Ettiren, sigorta sözleşmesi yapmak üzere başvuran personeline ve varsa eş ve çocuklarına, Sigortacı tarafından gönderilen Başvuru Formu, Bilgilendirme Formu, Katılım Sertifikası, Özel Şartlar, Protokoller ve diğer evrakları Sigortacı tarafından talep edilen sürede ulaştırmak, Sigortalı ve varsa eş ve çocukların Beyan Formlarını eksiksiz doldurması için gerekli tedbirleri almak; Sigortalı tarafından imzalanan Beyan Formlarını Sigortacı'ya 5 işgünü içinde iletmek ve bu evrakların Sigortacı'ya ulaşmış olduğunu takip etmek, Sigortacı tarafından talep edilebilecek eksik bilgi ve/veya belgelerin Beyan Formu beyan tarihi itibarıyla en geç 30 (otuz) gün içinde tedarik edilmesini sağlayarak Sigortacı'ya gönderilmesini sağlamak, poliçeden çıkışı yapılacak Sigortalılar'a ait bildirimleri yapmak, Sigortacı'nın, Sigortalılar'a iletilmek üzere yapılması gereken bildirimler hakkında Sigortalılar'ı bilgilendirmek, Sigortalılar'a ait iletişim bilgilerini Sigortacı'ya göndermek ve bu bilgilerde değişiklik olması durumunda güncel bilgileri Sigortacı'ya iletmek ve Sigorta Sözleşmesi'nden doğan diğer yükümlülükleri yerine getirmekle mükelleftir. Bu yükümlülüklere uyulmaması halinde Sigorta Ettiren, Sigortacı'yı ortaya çıkabilecek tüm taleplerden beri kılmayı ve bu talepleri karşılamayı peşin olarak kabul eder

Sigortalı, Başvuru Formu ve var ise ek belgelerde kendisine ve aile bireylerine yönelik soruların tamamına eksiksiz ve doğru cevap vermekle; hastalık, rahatsızlık ve şikayetler ile ilgili sağlık bilgilerini, bildiği veya bilmesi gereken bütün hususları detaylı olarak beyan etmekle ve beyana ait var ise bilgi/belgeleri Başvuru Formu'na eklemekle (rapor, tetkik gibi); risk değerlendirmesi aşamasında istenebilecek eksik bilgi ve belgeleri tedarik etmekle, poliçe şartlarını etkileyen sair durumları (evlilik, boşanma nedeniyle eş çıkış bildirimini, iletişim bilgilerinin güncellenmesi gibi) ve sözleşme süresi içindeki önemli hususları Sigortacı'ya zamanında bildirmekle yükümlüdür.

Sigortacı, başvurusu yapılan Sigortalı Adayı'nın işlemlerini ve risk değerlendirmesini yapmak, poliçe kapsamına kabul edilen her bir Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık neticesi oluşacak sağlık giderlerini sözleşme şartları (TTK, Özel, Genel Şartlar ve varsa Ek Protokol) çerçevesinde karşılamakla yükümlüdür. Sigortacı, aksi talep edilmediği sürece, Sigortalılara iletilmek üzere yapacağı her türlü bildirim Sigorta Ettiren'e yapacaktır.

## **11.2 Sigortalı Girişi**

Personel ve varsa eş ve çocukları için doldurulan Başvuru Formu, Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya iletilir. Sigortacı tarafından eksik bilgi ve belge bildirim yapılan başvurular için, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu gereği, istenilen bilgi/belgelerin Başvuru Formu beyan tarihi itibarıyla 30 (otuz) gün içinde tamamlanarak Sigortacı'ya iletilmemesi halinde Sigortacı başvuruyu reddetme ve yeni tarihli Başvuru Formu ile başvuru yapılmasını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı Adayı'nın Başvuru Formu doldurulduğu tarihten önceki bir tarihe ait poliçe giriş talepleri kabul edilmeyecektir.

Sigortalı personelin, evlilik veya doğum nedeniyle bağımlılarına ait poliçeye giriş talepleri için değişiklik tarihinden itibaren en geç 30 (otuz) gün içerisinde Başvuru Formu ile ekinde bebekler için doğum raporu, eş bildirimleri için evlilik cüzdanı sureti ile başvuru yapılması gerekmektedir. Bu süreye uygun şekilde yapılan başvurularda, bebek/ler doğum tarihi, eş evlilik tarihi itibarıyla sigortalanabilir. Poliçeye bebek ve eş girişlerinde Sigortacı, Sigortalıların poliçede bulunacağı gün sayısı kadar prim alır. Bu süreyi aşan başvurularda eş ve bebekler, yeni tarihli Başvuru Formu iletilmesi halinde beyan tarihi itibarıyla sigortalanabilirler.

Poliçe başlangıç ve poliçe bitiş tarihleri arasında gerçekleşen personel ve bağımlılarının sigortaya girişlerine ait primler, gün esaslı üzerinden hesaplanır.

Personelin kendisi sigortalanmadan eş ve çocukları sigorta kapsamına alınamaz.

24 yaş üstü bekar çocuklar, Sigorta Ettiren'in talebi halinde Sözleşme'de belirtilen prim dahilinde sigorta kapsamına alınır.

Başvurusu Sigortacı tarafından kabul edilen ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte yaşları 0 ile 64 (dahil) arasında olan fert, eş ve çocuk statüsündeki kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Ancak kesintisiz devam eden poliçelerde Sigorta Ettiren'in talebi ve Sigortacının da uygun görmesi koşulu ile 65 yaş ve üzerindeki sigortalılar, 75 yaş bitimine kadar sözleşmede belirtilen prim ile sigortalanır.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri, tıbbi risk değerlendirmesine alınır ve sözleşmeye konu olmuş Özel Şartlar ve Ek Protokoller çerçevesinde, doğum tarihinden itibaren poliçe kapsamına alınabilir.

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, sadece T.C. sınırları dâhilinde ikamet eden / edecek kişiler sigortaya kabul edilirler.

## **11.3 Allianz Bebeği**

Sigorta Ettiren Şirkette personel konumunda olan Sigortalı'nın, en az tam bir poliçe yılı Sigortacı'nın Sigortalı'sı olması koşuluyla, doğan bebekler, doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde Sigortacı'ya bildirim yapılarak poliçe kapsamına dahil edilmeleri durumunda Allianz Bebeği olarak kabul edilirler.

Allianz Bebeği olarak kabul edilen bebeklerin polieyeye girişinde;

- “Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar” maddesinin 3. bendinde yer alan “İstisnai Durum” bölümünde belirtilen hastalıklar/rahatsızlıklar bebeğin polieyeye dahil olduğu tarih itibari ile kapsam dahilindedir.
- Hastalık ek primi uygulanabilir.
- Doğum tarihi ile polieyeye giriş tarihi arasında geçen sürede ortaya çıkan edinsel hastalıkları için istisna uygulanabilir.
- Kuvz ve prematreliğe ilişkin sağlık giderleri kapsam dışındadır.

Doğum tarihlerinden itibaren Sigortacıya bildirim yapılmayarak ilk 30 gün içerisinde poliçe kapsamına dahil edilmeyen bebekler, Allianz Bebeği olarak kabul edilmezler ve bu bebeklerin sigortaya kabulünde; standart yeni giriş kuralları uygulanır.

#### **11.4 Başvuru Formu’nun Değerlendirilmesi**

Başvuru Formu’nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, Sigortalı’nın beyan ykmllğu kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler. Bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı’nın teklif edilen poliçe kapsamını (Network, plan, teminat, limit, coğrafi kapsam, ödeme yüzdesi gibi) değerıstirme, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli grdğu durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır. Poliçe, Sigortacı’nın başvuruyu kabul hlinde 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. Bahse konu masraflar sigortalı tarafından karşılanır.

#### **11.5 Sigortalı ıkış**

Sigorta Ettiren, personelin şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrasında ilişikleri kesilme veya vefat nedeniyle grubun kadrosunda yer almayan personel ile varsa bağımlılarına ait bilgileri Sigortacı’ya çıkış nedenleriyle birlikte derhal bildirmekle yükümlüdür. İşten ıkış, boşanma nedeniyle bağımlı ıkışları, personelin evlenen çocuklarının poliçeden çıkış taleplerinin tamamı ilgili değeriklik tarihleri eşliğinde Sigortacı’ya bildirilmelidir. Bu sebeplerle, Poliçe başlangıç ve poliçe bitiş tarihleri arasında gerçekleşen personel ve/veya bağımlıların sigorta çıkışına ait primler, gün esası üzerinden hesaplanır.

Sigortalı’nın poliçe geçerlilik süresi, Sigorta Ettiren tarafından farklı bir tarih belirtilmedikçe, şirketinden ayrıldığı tarih itibari ile son bulacaktır. İsteğe bağlı ıkışlar ancak poliçe yenileme döneminde yapılacaktır.

Sigorta kapsamından ayrılan personelin eş ve çocuklarının da (sigorta kapsamına dahil edilmiş ise) teminatı kendiliğinden sona erer.

Personel ve/veya bağımlıların her ne sebeple olursa olsun şirketleri ile ilişikleri kesildiğinin Sigortacı tarafından tespiti durumunda, Sigortalılar, ilgili grupta ilişiğin kesildiği tarih itibarıyla poliçe kapsamından çıkarılır.

Bu ykmllklere uyulmaması halinde Sigorta Ettiren, Sigortacı’yı ortaya çıkabilecek tüm taleplerden beri kılmayı ve bu talepleri karşılamayı peşin olarak kabul eder.

## **12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR**

Bu poliçe (Grup Sağlık Poliçesi), Sigortacı veya diğer sigorta şirketlerinde var olan Acil Durum Poliçesi, Hastalık Poliçesi, Bireysel ve diğer Grup Sağlık Poliçeleri, Bireysel ve Grup Tamamlayıcı Sağlık Poliçeleri'nin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez. Herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bu ürünlerden Grup Sağlık Poliçesi'ne geçiş talepleri Sigortacı tarafından yeni başvuru olarak kabul edilir ve işbu Özel Şartlar'ın 11. maddesi kapsamında değerlendirilir.

### **12.1 Bireysel Sağlık Poliçesine Geçiş**

Grup Sağlık Sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış kişiler aşağıdaki koşulların sağlanmış olması şartıyla bireysel sağlık ve bireysel tamamlayıcı sağlık ürünlerine geçiş yapabilirler ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi haklarını bu ürünler kapsamında devam ettirebilirler.

- Sigortalı'nın, Sigorta Ettiren şirketten emekli olma, işten çıkarılma veya istifa etme sonrası ayrılma ile poliçeden çıkış yapmış olması (en geç ilişğin kesildiği poliçe dönemi sonunda),
- Sigorta Ettiren şirketin hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı alması veya şirketin Sigortacı'nın Grup Sağlık Sigorta Poliçesi kriterlerini sağlayamaması sebebiyle Grup Poliçesi'nin sonlanmış olması,
- Sigortalı'nın Grup Sağlık Sigorta Poliçesi'nden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içerisinde başvuruda bulunması,
- Grup Sağlık Sigortası kapsamında bulunan tüm aile fertlerinin birlikte başvurması,
- Sigortalı'nın daha önce sahip olduğu Grup Sağlık Sigortası Ürünü'ne eşdeğer bir ürün talep etmesi,

Sigortalının "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazandığı Grup Sağlık Sigortası kapsamından çıkıp, Bireysel Sağlık Sigortası veya Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası satın alması halinde, Sigortalı'nın bu Grup Sağlık Sigortası'nda "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" hakkı kazanmadan önce ortaya çıkan hastalıkları ve/veya Sigortalı'nın Grup Sağlık Sigortası Poliçesinde muaf tutulmuş olan hastalıkları, yaptıracığı Bireysel Sağlık Sigortası veya Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesi'nde kapsam dışında bırakılabilir veya risk değerlendirmesi yapılarak hastalık ek primi, limit, katılım payı konularak kapsama alınabilir

## **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 tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) 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 tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 (otuz) gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmesi durumunda veya bu 30 (otuz) 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 Ettiren'e iade edilecek tutar, Sigortacı'nın hak ettiği tutar ve ödenen tazminat dikkate alınarak aşağıdaki gibi hesaplanır:

- Sigortalı için ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, Sigorta Ettiren'in ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek Sigorta Ettirene iade edilir.
- Sigortalı için ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyor, ancak Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden tazminat tutarı düşülerek Sigorta Ettiren'e iade edilir.
- Sigortalı için ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve Sigorta Ettiren'in ödediği primleri aşmıyorsa prim iadesi yapılmaz.
- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

### **13.2 Grup Özel Sağlık Sigorta Poliçesi'nin, Sigortacı veya Diğer Sigorta Şirketleri de dahil olmak üzere hiçbir şekilde yenilenmemesi durumunda;**

Sigortalının tedavi/yatış onayı verilen ve kesintisiz devam eden hastane yatışına ait sağlık giderleri, Poliçe bitiş tarihine kadar, onay verilen Poliçe, teminat ve limit dahilinde takip edilir. Poliçe'nin sona erme tarihinden önce Sigortacı tarafından kabul edilen ve poliçe bitiş tarihinden sonra da devam eden yatışlar için ise yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, Poliçe'nin onay verilen teminatı, poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 gün daha devam eder.

### **13.3 Grup Özel Sağlık Sigorta Poliçesi'nin Sigortacı'da yenilenmemesi ve Diğer Sigorta Şirketleri'nden birinde devam ettirilmesi halinde;**

- Poliçe bitiş tarihinde saat 12:00 itibarıyla, Sigortacı'nın tazminat ödeme yükümlülüğü sona erer
- Grup Özel Sağlık Sigorta Poliçesi'nin feshedilmesi durumunda, Poliçe fesih tarihinde saat 12:00 itibarıyla Sigortacı'nın tazminat ödeme yükümlülüğü sona erer.
- Grup Özel Sağlık Sigorta Poliçesi devam ederken, Sigortalı'nın yenileme döneminde veya zeyil ile Poliçe'den çıkışının yapılması durumunda; Sigortalı'nın Poliçesi'nin bitiş tarihinde saat 12:00 itibarıyla Sigortacı'nın tazminat yükümlülüğü sona erer.

### **13.4 Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı**

Sigortalı'nın sigorta süresi içinde bir hastalık veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sonradan ödemeye konu olacak sağlık giderleri, poliçenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde tazminat talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

## 14. DİĞER

### 14.1 Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

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

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

### 14.2 Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

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

Sigorta ettiren ve/veya Sigortalı'nın Başvuru Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık/rahatsızlıklarının olması halinde poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/rahatsızlıkları, tekrar kapsama almak üzere değerlendirmez.

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

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması / yararlandırılması, aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına alınmasına 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

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin Sigorta Ettiren'e; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda Sigorta Ettiren'e/Sigortalı'ya yazılı veya elektronik ortamda 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 kendi kayıtlarında yer alan iletişim adreslerine yapacağı bildirim ile bilgilendirme yükümlülüğünü usulüne uygun yerine getirmiş sayılır.

Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili poliçede Sigortalı olan personel ile Sigorta Ettiren'e ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Personelin/ aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda poliçede bilgisi olan Sigorta Ettiren'e bildirim yapılır ve bilgilendirme, poliçedeki personel ve aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

#### **14.4 Rücu ve İstirdat Hakkı**

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre ödediği sağlık giderlerinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, Sigortalı'nın 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/Sigortalılar'dan talep hakkı bulunmaktadır.

Sigortalı/Sigortalılar'ın ve/veya tedaviyi düzenleyen Sağlık Kurumu veya doktorunun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. Sigortacı'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle Sigortacı'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

#### **14.5 Ekonomik Yaptırımlar**

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

## **SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI**

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

### **Teminat Dışı Kalan Haller**

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

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

### **Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller**

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

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- b) 2. maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

### **Sigortanın Coğrafi Sınırı**

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

### **Sigortanın Başlangıcı ve Sonu**

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

### **Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü**

Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı

teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

a) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

b) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihinin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

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

### **Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü**

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

1- sözleşmeyi fesheder veya ,

2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

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

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

## **Sigorta Priminin Ödenmesi, Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması ve Sigorta Ettirenin Temerrüdü**

Madde 8-Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 30 gün içinde dahi ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırıldığı hallerde, bu bir aylık sürenin ilk 15 gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

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

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

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

## **Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri**

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

- Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

a) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

C) Gerekli belgelerin teslimi

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

### **Masrafların Tesbiti**

Madde 10- İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tespit edilir. a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

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

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

- e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.
- f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.
- g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez. Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.
- h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.
- i) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.
- j) Masraf miktarının tespiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

### **Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı**

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

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

### **Müşterek Sigorta**

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

### **Sırların Saklı Tutulması**

Madde 13- Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve doğrudan bağının bulunması gerekmektedir.



Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

### **Tebliğ ve İhbarlar**

Madde 14- Sigorta ettirenin ihbar ve tebliği sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

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

### **Yetkili Mahkeme**

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

### **Zaman Aşımı**

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

### **Özel Şartlar**

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

### **Grup ve Aile Sigortalarında Bilgilendirme Formu ve Katılım Sertifikası**

Madde 18- Grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalılara bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilmesi şarttır.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Ancak; sigortacı ile sigortalının fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla yukarıda belirtilen süreler içinde bilgilendirme formu ve katılım sertifikası verilebilir.

Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir.

Bilgilendirme formunun ve katılım sertifikasının verildiğini ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığını ispat yükümlülüğü Sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortalının şirket internet sayfası üzerinden ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiş olup, 30.10.2015 tarihinde yürürlüğe girecektir.)