

# Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası

Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları



Sayın Sigortalımız,

Sağlık Sigortası alanındaki öncülüğümüzü sürdürerek sizlere modern sağlık kuruluşlarında, en hızlı sağlık hizmetini, en ekonomik koşullarda alma olanağını Allianz Sigorta güvencesinde sunuyoruz.

Sağlık Sigortası Genel Şartlarını ve Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası Özel Şartlarını içeren bu kitapçığın sizleri bilgilendireceğini umarak, Şirketimizi seçtiğiniz için teşekkür eder, sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

Saygılarımızla,

**Allianz Sigorta A.Ş.**

Bu kitapçık **Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası Poliçesi**'nin ayrılmaz bir parçasıdır.

Yayın tarihi: 10.2016

## İÇİNDEKİLER

### NAZAR BONCUĞU SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1.SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI .....	1
2.TANIMLAR.....	1
3.TEMİNATLAR.....	4
3.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU.....	4
3.1.1. Yatarak Tedaviler .....	4
3.1.2.Ek Maddi Destek Teminatı .....	5
4.BEKLEME SÜRELERİ.....	6
5.TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER.....	6
6.COĞRAFİ KAPSAM.....	8
7.TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI.....	8
7.1.Limit Uygulaması.....	8
7.2.Ödeme Yüzdesi ve Katılım Payı Uygulaması .....	9
7.3.Kalan Limit Hesaplaması.....	9
7.4.Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network .....	9
7.5.Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi .....	9
8.TAZMİNAT ÖDEMESİ.....	9
8.1.Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler.....	9
8.2.Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi .....	10
9.POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ.....	10
9.1.Poliçenin Yenilenmesi .....	10
9.2.Ömür Boyu Yenileme Garantisi .....	11
10.PRİM TESPİTİ.....	11
10.1.Prim Tespitine İlişkin Kriterler.....	11
10.2.Prime İlişkin Düzenlemeler.....	11
10.2.1.Hastalık Ek Primi .....	11
10.2.2.Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi .....	11
11.YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ.....	11
11.1. Sigortalı Girişi.....	11
11.2.Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun Değerlendirilmesi .....	11
11.3.Yürürlükteki Poliçeye Sigortalı Girişi.....	12
11.4.Poliçenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet).....	12
12.GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR.....	12
12.1.Ürün Değişiklik İşlemleri .....	12
12.2.Nazar Boncuğu Poliçesine Ek Bireysel Sağlık Sigorta Poliçe Değerlendirmesi.....	12
13.SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI.....	12
13.1.Primlerin Ödenmemesi veya Sigorta Ettirenin / Sigortalının Talebi Sonucu İptal .....	12
13.2.Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı .....	13
14. EKLER.....	13
14.1.Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini .....	13
14.2.Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi .....	13
14.3.Sigortalı / Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri .....	13
14.4.Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler .....	13
14.5.Rücu ve İstirdat Hakkı .....	14
14.6.Ekonomik Yaptırımlar.....	14

### SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Teminat Kapsamı.....	15
Teminat Dışı Kalan Haller.....	15
Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller.....	15
Sigortanın Coğrafi Sınırı.....	15
Sigortanın Başlangıcı ve Sonu .....	15
Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü .....	15
Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü.....	16
Sigorta Ücretinin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması .....	16
Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri.....	16
Masrafların Tespiti.....	17
Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı.....	17
Müşterek Sigorta.....	17
Sırların Saklı Tutulması.....	18
Tebliğ ve İhbarlar.....	18
Yetkili Mahkeme.....	18
Zaman Aşımı.....	18
Özel Şartlar.....	18
Grup ve Aile Sigortalarında Bilgilendirme Formu ve Katılım Sertifikası.....	18

# NAZAR BONCUĞU SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

## 1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Allianz Sigorta A.Ş. (Allianz), sözleşmenin yürürlükte olduğu süre içinde, kaza ve / veya hastalık / rahatsızlık sonucu oluşabilecek, sigortalıya ait sağlık giderlerini, poliçede belirtilen teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri ve Network kapsamında aşağıda belirtilen Özel Şartlar (Özel Şartlar) ve ekinde bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar) ile Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, sigortacılık ve sağlık mevzuatı dahil yasal düzenlemeler çerçevesinde güvence altına alır.

Poliçede kapsamında yer alan teminatlar, sadece poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için ayrı ayrı olmak üzere geçerli olup, poliçede sigortalı olarak yer almayan kişiler sigorta teminat kapsamından yararlanamazlar.

## 2. TANIMLAR

### Sigortacı

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

### Sigortalı

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

### Sigorta Ettiren

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

### Poliçe

Özel sağlık sigortası sözleşmesini belgeleyen evraktır.

### Plan

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

### Sigorta Ettiren / Sigortalı İletişim Bilgisi

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

### Özel Şartlar

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

### Sağlık Sigortası Genel Şartları (Genel Şartlar)

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

### Allianz Müşteri Hizmetleri

Sigortalıların her türlü soru, istek, öneri ve şikayetlerini aktarabildikleri ve ambulans gibi çeşitli hizmetler alabildikleri 0850 399 99 99 numaralı telefon hattıdır.

### Bireysel Sağlık Sigortası

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

### Hastalık

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

### Rahatsızlık

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

### Mevcut Hastalık / Rahatsızlık

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

### Başvuru ve Bilgilendirme Formu

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

### Beyan Yükümlülüğü

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

### İstisna

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

poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

### Sağlık Hizmet Tarifesi

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

### Sağlık Kurumu

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

#### a) Anlaşmalı Sağlık Kurumu (AK)

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

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

Network, poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

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

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

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

#### d) Yurt Dışı Sağlık Kurumu (YD)

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

### Tazminat

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

#### a) Provizyon / e- Provizyon

Poliçede belirtilen Network'te yer alan sağlık kurumlarında planlanan muayene, tanı ve tedavileri için karşılanıp karşılanmayacağını gösterir, sigortacı tarafından yapılan değerlendirme sonucudur. Bu değerlendirme sağlık giderinin gerçekleştiği / gerçekleşeceği tarihte yürürlükte sağlık poliçesi olması şartıyla geçerlidir.

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

#### b) Tahakkuk

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

#### c) Doğrudan Ödeme

Poliçede belirtilen 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 sigortalının hesabına ödenmesidir.

#### Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu)

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

#### Teminat

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

#### Limit

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

#### Ödeme Yüzdesi

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

**Katılım Payı**

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

**Prim****a) Sağlık Tarife Primi**

Sigortalının, teminatları, ödeme yüzdesi, Network'ü, ikamet ili, yaşı, cinsiyeti gibi risk profili kriterleri dikkate alınarak belirlenen sağlık baz primini ifade eder.

**b) Sağlık Primi**

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

**c) Sağlık Net Primi**

Sağlık Primi üzerine, poliçe özel şartlarına istinaden hak edilen indirimler ile varsa dönemin kampanya indirimleri uygulandıktan sonra oluşan prim tutarıdır.

**d) Toplam Poliçe Primi**

Sağlık net prim üzerine varsa Ferdi Kaza ve \vaya Hayat Teminatlarına ilişkin primlerin ve vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan prim tutarıdır. Sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu sigorta poliçesinin toplam bedelidir.

**Hastalık Ek Primi**

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

**Yeni İş Poliçe**

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

**Transfer Poliçe**

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

**Yenileme Poliçe**

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

**Zeyilname**

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

**Sigorta Başlangıç Tarihi**

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

**Acil Durum**

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

Akut Miyokard Enfarktüsü
Ani Felçler
Ani ve Dışarıdan Harici Bir Hadise Nedeniyle Meydana Gelebilecek Kaza ve Yaralanmalar
Apandisit
Beyin Apsesi
Ciddi Genel Durum Bozukluğu
Ciddi İş Kazası
Darbeye Bağlı İç Organ Zedelenmesi
Diyabetik ve Üremik Koma
Donma
Eklampsi Tanısı Alınmış Olması Halinde, Gebelik Zehirlenmesi
Elektrik Çarpması
Ensefalit (Beyin İltihabı)
Epilepsi Krizi
Evcil-Vahşi Hayvanların Ciddi Cerrahi Müdahale Gerektiren Isırıkları
Gebelik Düşüklerine Bağlı Jinekolojik Hormonal Kanamalar Hariç Her Türlü İç Organ Kanaması
Hayati Tehlike Arz Eden İlaç veya Diğer Madde Zehirlenmeleri
Hipertansiyon Krizleri
Her türlü 2. ve 3. Derece Yanıklar
Menenjit
Mide Perforasyonu
Renal Kolik
Sinir Kopması
Soğuk veya Sıcak Çarpması
Solunum Yollarında Yabancı Cisim Bulunması Sonucu Oluşan Akut Solunum Problemleri
Suda Boğulma
Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
Tahriş Edici Maddelerden Oluşan Ciddi Göz Yanmaları

Trafik Kazası
Travmaya Bağlı Her Tip Sütur Gerektiren Cilt Kesikleri
Travma Sonucu Oluşan Masif (Yoğun) Kanamalar
Travma ve / veya kaza Sonucu Oluşan Ani Şuur Kaybına Neden Olan Her Türlü Durum
Tüm Kırık ve Çıkıklar
Uzuv Kopmaları
Yılan, Akrep veya Örümcek Sokması Sonucu Oluşan Ciddi Alerjik Tablolar
Yüksek Ateş (38 Derece ve Üzeri )
Yüksekten Düşme (İntihara Teşebbüs Hariç)

### 3. TEMİNATLAR

#### 3.1. YATARAK TEDAVİ TEMİNAT GRUBU

Aşağıda detayları belirtilen Yatarak Tedaviler ve Ek Maddi Destek Teminatlarını kapsamakta olup, aynı kaza, hastalık / rahatsızlık için Yatarak Tedaviler Teminatı ile Ek Maddi Destek Teminatı'ndan sadece biri için tazminat ödemesi yapılabilir.

##### 3.1.1. Yatarak Tedaviler

Ameliyat, ameliyatsız tedavi, yoğun bakım, kemoterapi radyoterapi diyaliz tedavi ve tetkikleri, küçük cerrahi ve tıbbi gözlem tedavi, suni uzuv ile ambulans giderleri poliçede belirtilen Network (Anlaşmalı Sağlık Kurum Ağı), coğrafi kapsam, teminat kapsamı, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri (katılım payları) dahilinde “Yatarak Tedaviler” limiti ve ödeme yüzdesi kapsamındadır.

Anlaşma Harici Kurumlarda her bir doktor hizmeti Sağlık Hizmet Tarifesi ile de sınırlıdır. Anlaşma Harici Kurumlarda hastane yatak, yemek ve refakatçi giderleri ise poliçede belirtilen günlük limit ile sınırlıdır.

##### 3.1.1.1. Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar

Sigortalının, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız olarak hastanede yatarak yapılan tedavileri için hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anestezi uzmanı gibi), ameliyathane, standart oda, yoğun bakım, yemek, refakatçi, ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaçlara ilişkin sağlık giderleri, “Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar” teminatı kapsamındadır.

Hastanede yatarak gerçekleşen tedavi sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ilgili teminatlar (ameliyat, ameliyatsız tedavi, küçük cerrahi) dahilinde karşılanır.

Tüm ameliyat ve yatarak tedavi işlemlerinin ardından hastaneden taburcu olunmasından sonraki süreçte hastalığın seyrini takip etmek için yapılan doktor takibi

ile kontrol tetkikleri bu teminat dışındadır.

##### 3.1.1.1.1. Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar , kalp pili, ICD (kalp içi ritim düzenleyici), meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatları, memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, ESWT / ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, koroner anjiyografi, mol hidatiform ve dış gebelik operasyon giderleri “Ameliyat” teminatı kapsamında karşılanır.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, Sağlık Hizmet Tarifesinde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (ameliyat ya da küçük cerrahi) belirlenir.

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

##### 3.1.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi

Tedavinin ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda, tedavinin doktor ve / veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak tedavi giderleri, “Ameliyatsız Tedavi” teminatı kapsamında karşılanır.

##### 3.1.1.1.3. Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tedavi ile Tetkikleri

Habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve / veya radyoterapi ile diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor ücreti) ile 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” teminat limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

Kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz işlemlerini izleyen süreçte hastalığın seyrini takip etmek için yapılan doktor takibi ile kontrol tetkikleri bu teminat dışındadır.

##### 3.1.1.2. Küçük Cerrahi ve Tıbbi Gözlem

##### 3.1.1.2.1. Küçük Cerrahi

Sağlık Hizmet Tarifesinde küçük ameliyat olarak belirtilen



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

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

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

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

### 3.1.1.2.2. Tıbbi Gözlem Tedavi

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmasına ve yapılan işlemin Sağlık Hizmet Tarifesindeki birimine bakılmaksızın, yatış süresi 24 saati aşmayan ameliyatsız tedavilere (gözlem / müşahede) ait sağlık giderleri ile 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 kapsam dışıdır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, Sağlık Hizmet Tarife birimi ile yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın,

“Tıbbi Gözlem Tedavi” teminatı kapsamında karşılanır. Teminat kapsamına girmeyen her türlü ilacın enjeksiyonu bu teminat kapsamı dışındadır.

### 3.1.1.3. Suni Uzuv

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

### 3.1.1.4. Ambulans

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

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

### 3.1.2. Ek Maddi Destek Teminatı

Sigortalının Poliçe Özel ve Genel Şartları çerçevesinde teminat kapsamında kabul edilen kaza, hastalık ve rahatsızlıkları nedeniyle poliçe geçerlilik süresi dâhilinde ameliyathane koşullarında en az bir cilt kesisi eşliğinde ve hastanede gece yatmayı gerektirecek cerrahi müdahale (ameliyat) olması veya 1 günden uzun süreli (en az 2 gece) yoğun bakımda kalmayı gerektirecek bir tedavi alması durumunda poliçe üzerinde belirtilen tazminatır.

Ek Maddi Destek Teminatı'nın özellikleri ve sigortalının bu tazminata hak kazanabilmesi için gerekli koşullar aşağıda listelenmiştir:

1) Tedavinin bir resmi sağlık kurumunda (Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri, devlet üniversiteleri tıp fakültelerine bağlı üniversite hastaneleri, Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı hastaneler, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi, Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi) gerçekleşmiş olması ve ameliyat giderlerinin 5510 sayılı kanun gereği kişinin Genel Sağlık Sigortası'ndan karşılanmış olması

2) Yapılan müdahalenin en az bir cerrahi kesi eşliğinde yapılması ve Sağlık Hizmet Tarifesinde yer alması

3) Yapılan müdahalenin bu Poliçe Özel ve Genel Şartlarına

göre teminat kapsamında olan bir kaza, hastalık veya rahatsızlık için yapılması

4) Bu tazminata hak kazanılabilmesi için işbu özel şartların 'Tazminat Ödemesi' maddesinde yer alan tüm belgelerin taburcu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde iletilmesi gerekmektedir.

5) Ek Maddi Destek Teminatı'nın kullanılması durumunda aynı tedavi için poliçedeki diğer teminatlar kullanılamaz.

6) Tazminat bedelinin belirlenmesinde sadece yapılan en büyük işlemin birimi dikkate alınır.

Bu tazminat aynı kaza, hastalık ve / veya rahatsızlık nedeniyle bir poliçe yılı içerisinde sadece bir kez kullanılabilir.

Ek Maddi Destek Teminatı kapsamındaki tazminat ödemeleri poliçede tanımlı kategoriler dikkate alınarak teminat limit ve ödeme yüzdesi dâhilinde karşılanır. Kategorilerin belirlenmesinde ameliyatlı yatışlar için Sağlık Hizmet Tarifesinde yer alan tedavi birimleri, yoğun bakımda gerçekleşen tedaviler için ise yoğun bakımda geçirilen gece sayısı dikkate alınır.

#### 4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıdaki hastalıklar / rahatsızlıklar ile ilgili tüm tedaviler, komplikasyonlar, 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 (örnek:hemoroid, fissür),
- Rahim ve yumurtalık hastalıkları
- Bademcik ve geniz eti hastalıkları
- Burun polipleri
- Kafa sinüs hastalıkları
- Diz, omuz, kalça, dirsek eklem hastalık ve lezyonları (örnek: menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar),
- Katarakt
- Prostat hastalıkları
- Her türlü varis
- Hidrosetel
- Böbrek ve üriner sistem taşları
- Tiroid bezi hastalıkları

Ancak

- Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan hastalıklar ile poliçede belirtilmiş olan istisna notlarına ilişkin hastalıklar poliçe teminat kapsamı dışındadır.

#### 5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıda belirtilen durumlar poliçe teminat kapsamı dışında olup sigortalı tarafından karşılanır. Ayrıca Sigortacı teknolojik

gelişmeleri ve yeni uygulamaya alınan tedavi yöntemlerini hayati öneme sahip olup olmaması ve alternatif tedavi yöntemlerinin bulunup bulunmamasına bağlı olarak kapsama alıp almamaya yönelik "Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında düzenlemeler yapılabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler 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
- Büyüme ve gelişme bozuklukları
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosetel
- 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
- Obezite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri

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 gerekli ehliyet belgesine sahip olmadan araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri,

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

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

10. Aşağıda belirtilen yerlerde ve sağlık kurumu tanımına

uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü işleme ait giderler

- a. Sanatoryum, huzurevi, bakımevi, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil)
- b. Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp merkezleri, anti-aging merkezleri, sağlıklı yaşam merkezleri, yaşam koçluğu merkezleri, zayıflama merkezleri, spor merkezleri, ayak sağlığı merkezleri, estetik, kozmetik, güzellik ve lazer merkezlerinde yapılan her türlü gider,
- c. Lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler
- d. İştme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler

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

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

13. Sigortalıya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli veya yabancı otoritelerden (uzmanlık dernekleri, meslek kuruluşları, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), tıp fakülteleri ilgili kürsü bilim kurulları,

Sağlık Bakanlığı) birisi tarafından kabul görmüş olmayan ve / veya haklarında tıbbi cemiyet veya otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel alışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider

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

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

- a. Doktorun herhangi bir belirti ve / veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri (check-up), ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar, Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetkiklerine ait her türlü gider
- b. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri
- c. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler

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

17. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan her türlü 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. Her türlü alerjik hastalıklar için aşı giderleri,

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

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

21. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak:

- a. Gözlük ve lens giderleri,
- b. 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
- c. Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşıklık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi)

22. Ses ve konuşma terapileri

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

24. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi

25. Doğum ve 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 Müllierian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikosel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler

b. Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler

c. Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler

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

27. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.) ve molluscum contagiosum tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler

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

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

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

a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları

b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar gibi

tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler

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

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

32. Suni uzuv tanımında belirtilmemiş her türlü 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. Poliçede yer alan teminat açıklamaları ve kapsamında yer almayan her türlü gider

37. Yurt dışında gerçekleşen her türlü gider

38. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98/2 maddesi gereğince sigortalıların ödemek ile yükümlü olduğu katılım payları

39. Poliçede yer almayan teminatlara ilişkin her türlü gider,

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

## 6. COĞRAFİ KAPSAM

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası poliçesi ile sadece Türkiye sınırları içerisinde gerçekleşen sağlık giderleri karşılanmaktadır.

## 7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

### 7.1. Limit Uygulaması

Anlaşmalı Sağlık Kurumu ve Anlaşmasız Sağlık Kurumu olmak üzere iki kurum tipi bulunmaktadır. Her kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitleri, poliçe üzerinde belirtilmektedir. Alt teminatlar, bağlı buldukları kurum tipi için geçerli olan ana teminat limitlerinden düşülerek kullanılır.

Ana veya alt teminatlar Yurt İçi Anlaşmalı Sağlık Kurumları (AK) için limitli ise bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları (AHK) ortak limit olup gerçekleşen tazminat ödemeleri toplamı ilgili teminatın brüt AK limitinden düşülerek kullanılır.

Police dönemi içerisinde yatarak tedaviler kapsamında karşılanan sağlık giderleri ile Ek Maddi Destek Teminatı kapsamında ödenen tazminatlar toplamı, police üzerinde belirtilen Maksimum Yıllık Police Limitini aşamaz.

### 7.2. Ödeme Yüzdesi ve Katılım Payı Uygulaması

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

### 7.3. Kalan Limit Hesaplaması

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

### 7.4. Anlaşmalı Sağlık Kurumları ve Network

Network dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları, 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 dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network 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. Policede belirtilen Network kapsamında, provizyon alınarak gerçekleşen sağlık giderleri için teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde "doğrudan ödeme" sağlanır.

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

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

- Policede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; policede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.

- Policede belirtilen Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için Sağlık Hizmet Tarifesi ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Anlaşma Harici Kurumlarda hastane yatak, yemek ve refakatçi giderleri ise policede belirtilen günlük limit ile sınırlıdır.

- Policede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında Anlaşmasız Doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için Sağlık Hizmet Tarifesi ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

- Policede belirtilen Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumunun kadrosunda Sağlık Bakanlığınca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Allianz sözleşme şartlarını kabul etmeyen doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için Sağlık Hizmet Tarifesi ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık giderleri; policede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

- Allianz ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; her bir doktor hizmeti için Sağlık Hizmet Tarifesi ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Anlaşma Harici Kurumlarda hastane yatak, yemek ve refakatçi giderleri ise policede belirtilen günlük limit ile sınırlıdır.

- Ek Maddi Destek Teminatı, taburcu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde başvurulması durumunda, policede belirtilen ameliyatın bulunduğu kategori teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

- Aynı kaza, hastalık / rahatsızlık için Yatarak Tedaviler Teminatı ile Ek Maddi Destek Teminatı'ndan sadece biri için tazminat ödemesi yapılabilir.

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 olanı tazminat hesabında dikkate alacaktır.

## 8. TAZMİNAT ÖDEMESİ

### 8.1. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

Sigortalının police ve teminatları için geçerli olduğu belirtilmiş Network dahilindeki anlaşmalı sağlık

kurumlarında, Sigortacı'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderleri, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdelerine uygun olarak Sigortacı tarafından sigortalı adına anlaşmalı sağlık kurumuna yapılır. Bu ödemeler doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilir. Sigortalı başvuruda bulunduğu anlaşmalı sağlık kurumuna sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

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

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

## 8.2. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi

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

1. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda:

- Sigortalının doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren Özel Sağlık Sigortalı 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 alınmadığı durumlarda kasa fişi iletildiğinde, hizmeti alan kişinin netleştirilmesi için yapılan tanı, tedavi raporu ve tetkik sonuçları ile birlikte gönderilmelidir.
  - POS fişi iletildiğinde, üzerinde hizmeti alan kişinin adı-soyadı ile birlikte doktor kaşe ve imzası olmalı veya hizmeti alan kişiye ait doktor raporu eklenmelidir.
  - Faturada birden çok kalem varsa (Örn; yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri

- Reçete aslı, ilaç 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
- Her türlü adli olayda, trafik kazaları dahil adli merciler tarafından oluşturulan belgeler, ehliyet (sigortalı sürücü ise), olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli hekim raporu, trafik kaza tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, işyeri kaza tespit tutanağı vb.(Doğrudan ödeme aşaması dahil)

Doğrudan ve sonradan ödeme sürecinde, Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve / veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora sigortalıyı muayene ettirme hakkına sahiptir. Bahse konu olan masraflar sigortalının teminatının bulunması durumunda poliçesinden aksi takdirde sigortalı tarafından karşılanır.

## 9. POLİÇENİN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

### 9.1. Poliçenin Yenilenmesi

Sigortalının poliçesi, yeni iş veya transfer olarak Nazar Boncuğu Sağlık Sigorta poliçesine kabul edilmesinden sigortalının en fazla 50 (dahil) yaşına kadar, aşağıdaki koşullarla yenilenir:

- Yenilemenin en geç önceki poliçenin bitiş tarihinde yapılması gereklidir. Aksi durumda sigortalının, yeni poliçe tanzim edilene kadar geçen sürede oluşan risklerin teminat altına almaması ile yenileme haklarının geçerliliğini kaldırması hakları saklıdır.
- Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda beyan edilen hastalık ve rahatsızlıklar için sigortaya kabulde istisna ve / veya hastalık ek primi uygulanmışsa tekrar değerlendirilmez.
- Sigortacı, Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası Özel Şartlarında değişiklik yapabilir, özel şartlarda yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Nazar Boncuğu poliçesi yürürlükte olan bir sigortalı aynı zamanda şirketimizin daha kapsamlı olan bireysel bir sağlık sigortasını da ek olarak alması durumunda, bir sonraki yıl Nazar Boncuğu poliçesinin yenilenmesi yapılmaz.

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

Sigortacı'nın, sigortalıdan son sağlık durumunu belirtir sağlık bildirimini isteme veya sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırma hakkı saklıdır. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalı tarafından karşılanır.

Yenileme poliçeleri, en geç vade tarihinde, sigorta ettirene / sigortalıya teslim edilmek üzere, ilgili satış kanalına iletilir. Sigorta ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemindeki ödeme şekli, yenilemede geçerli olur. Primin kredi kartı ile ödenmesi durumunda, prim ödemelerinde kullanılan kredi kartı bilgisi yenileme poliçesine aktarılır. Sigorta Ettiren ve Sigortalı tarafından poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunulması halinde bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödemesinin gerçekleşmediği durumlarda ödenen primler kesintisiz olarak, sigorta ettirene iade edilir.

## 9.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası kapsamında "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" uygulaması bulunmamaktadır.

## 10. PRİM TESPİTİ

### 10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

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

### 10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

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

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

#### 10.2.1. Hastalık Ek Primi

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

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

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası'nda Hasarsızlık İndirimi ve Tazminat Ek Primi Uygulaması bulunmamaktadır.

## 11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

### 11.1. Sigortalı Girişi

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

Sigortacı tarafından aksi yazılı olarak kabul edilmedikçe, T.C. sınırları dahilinde ikamet eden / edecek kişiler sigortaya kabul edilirler. Sigortalının yaşı, sigorta poliçesinin başlangıç yılından sigortalının doğum yılı çıkartılarak bulunur. Aynı poliçe kapsamında sadece çekirdek aile yer alabilir. Çekirdek aile; anne, baba ve / veya bekar çocuklardan ibarettir.

İlk başvuru tarihinde, 0-45 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. Poliçenin aralıksız yenilenmesi kaydıyla, sigortalının 50 (dahil) yaşına kadar poliçesini devam ettirmesi mümkündür.

0-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanma talepleri, sadece sigorta ettirenin 18 yaş ve üzerinde olması şartıyla değerlendirilecektir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilirler.

Bir kişi, Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası ürününe birden fazla poliçede sigortalanamaz.

Bireylerin sigorta kapsamına alınabilmesi için tamamen sağlıklı olması ve aşağıda belirtilen hastalıklar ile ilgili tanı almamış / tedavi görmemiş olmaları gerekir.

Bağırsak Hastalıkları, Deri ve / veya Lenf Bezi Hastalıkları, Eklem Hastalıkları (Diz, Kalça, Omuz gibi), Endokrin Sistem Hastalığı (Hormon Bozuklukları gibi), Fıtıklar (Kasık, Göbek gibi), Kalp ve Damar Hastalığı, Kan Hastalıkları, Kas, Kemik Hastalıkları (Kırık / Çıkıklar dahil), Kulak ve Denge Sistemi Hastalıkları, Omurga Hastalıkları (Boyun, Sırt ve Bel), Psikiyatrik Hastalık, Romatizmal Hastalık, Anorektal Hastalıklar (Basur, Fistül gibi), Tansiyon Hastalığı, Yemek Borusu, Mide ve Duodenum Hastalıkları, Büyüme ve Gelişme Geriliği, Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları, Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar, Göz Hastalıkları, Karaciğer, Safra, Pankreas ve Dalak Hastalıkları, Her Tür Kanser, Kötü Huylu Kitle / Tümör, İyi Huylu Kist, Kitle / Tümör, Burun, Kafa Sinüs, Konka Hastalıkları, Şeker Hastalığı, İnsülin Direnci, Glikoz Metabolizma Bozukluğu, Meme Hastalıkları, Prostat ve Testis Hastalığı, Rahim ve Yumurtalık Hastalığı, Varis, Akciğer / Solunum Yolu Hastalıkları, Tiroid ve Paratiroid Bezi Hastalıkları, Sinir Sistemi, Beyin / Beyin Damar Hastalıkları, VKI=Kilo/(boy) 2 indeksinin 35 ve üstünde veya 15 ve altında olması.

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

Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nun doldurulması sözleşme ilişkisinin kurulduğu anlamına gelmemektedir. Sigortacı, sigortalının beyan yükümlülüğü kapsamında vermiş olduğu beyanları esas alarak, risk değerlendirme kriterleri çerçevesinde inceler. Bu değerlendirme neticesinde; sigortacının; istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

Police, Sigortacı'nın başvurusu kabulü hâlinde primin tamamı veya peşinatın tahsili ile yürürlüğe girer. Sigortacı'nın, hastalık ek prim uygulama kararı alması durumunda sigortalı ilgili sağlık riskinin teminat kapsamı dışında bırakılmasını talep edebilir.

### 11.3. Yürürlükteki Policeye Sigortalı Girişi

Police dönemi içerisinde birey ilavesi yapılmamaktadır. Talep gelmesi durumunda Sigortacı'nın değerlendirmesinin olumlu olması hâlinde bu kişiler için 1 yıllık ayrı bir police açılabilir.

### 11.4. Polichenin Tekrar Yürürlüğe Girmesi (Meriyet)

Police priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde police iptal edilecektir. İptal edilen bir polichenin tekrar yürürlüğe girmesi için Başvuru ve Bilgilendirme Formu doldurulması gerekmektedir. Police iptalinden 30 gün içerisinde meriyet talebinde bulunulan başvurularda "Sigortacı'nın policeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvurusu kabul etmeme hakkı saklıdır.

## 12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Tamamlayıcı sağlık, acil durum, hastalık ve / veya bireysel / grup sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket police kapsamında verilen sağlık teminatı, ekinde verilen sağlık poliçeleri, Nazar Boncuğu Sağlık sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve / veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve / veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

Diğer sigorta şirketlerinden veya Allianz'ın diğer bireysel / grup sağlık poliçelerinden geçişlerde diğer ürünlerde varsa kazanılan haklar devredilemez, police yeni iş poliçesi olarak değerlendirilir.

### 12.1. Ürün Değişiklik İşlemleri

Sigortalının yenilenecek poliçesini şirketimizdeki diğer bireysel sağlık sigortası ürünlerinden biri ile yenilemek istemesi durumunda, Sigortacı güncel sağlık beyanı alarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Değerlendirme sırasında ilave tetkik, rapor istenebileceği gibi değerlendirme sonucunda ek prim ve / veya istisna uygulanabilir ya da geçiş talebi kabul edilmeyebilir. Risk değerlendirmesi sonucunda geçişi uygun görülen sigortalılara:

- Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası kapsamında en az 1 tam yıl geçirilmiş olması kaydıyla "Bekleme Süreleri" maddesinde belirtilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmaz.
- Sigortalının geçiş yaptığı ürün Ömür Boyu Yenileme Garantisi içeren bir ürüne Nazar Boncuğu'nda geçirilmiş olan tam yıllar, Ömür Boyu Yenileme Garantisi hesabında kullanılmaz.

Polichenin yenilenmesinde, ürün değişiklik talepleri, police bitiş tarihi öncesi ve sonrasında 15'er günlük dönemlerde değerlendirilir.

### 12.2. Nazar Boncuğu Policesine Ek Bireysel Sağlık Sigorta Police Değerlendirmesi

Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası kapsamında yürürlükte olan policeye, ek yapılacak olan şirketimizin diğer bireysel sağlık sigorta poliçesi "yeni iş" olarak değerlendirilir ancak en az 1 tam yıl sigortalılık tamamlanmış ise "Bekleme Süreleri" maddesinde belirtilen tedaviler için bekleme süresi uygulanmaz.

Şirketimizde Nazar Boncuğu dışındaki diğer bireysel sağlık sigortası kapsamında yürürlükte olan policeye, ilave olarak Nazar Boncuğu Sağlık Sigortası ürünü sunulmaz.

## 13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Polichenin iptal olması veya sigortalının policeden 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 police üzerinde belirtilen prim taksitlerinin herhangi birini, vade günü bitimine kadar, ödemediği takdirde temerrüde düşer.

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

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

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, sigorta ettirenin ödediği primlerden, hak kazanılan prim tutarı düşülerek sigorta ettirene iade edilir.
- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını aşmıyorsa, tahsil edilen primlerden



tazminat tutarı düşölerek sigorta ettirene iade edilir.

- Sigortalıya ödenen tazminatlar, Sigortacı'nın hak kazandığı prim tutarını ve sigorta ettirenin ödediği primleri aşyorsa prim iadesi yapılmaz.

- Tazminat ödemesinin gerçekleşmesiyle, henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin, Sigortacı'nın ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

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

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

Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Kanuni varislerin sözleşmenin devamını kabul etmediği durumda, şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre kanuni varislere iade edilir ve sigortalıya konu hakkında yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır.

Sigortalının vefatı durumunda şirketin hak etmediği prim sigorta ettirene, vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislerine sözleşme özel şartlarına göre iade edilir. Sigortalının tedavi görürken vefat etmesi durumunda, tedavi süresi içerisinde oluşan giderler sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde sağlık hizmeti sunucusuna veya kanuni varislerine ödenir.

## 14.EKLER

### 14.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

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

### 14.2. Beyan Yükümlülüğünün ve Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

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

Sigorta Ettiren ve / veya Sigortalının Başvuru ve Bilgilendirme Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık / rahatsızlıklarının olması halinde police, Sigortacı tarafından

iptal edilebilir, bu hastalık ve / veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak police 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 Police 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 police kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi; teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına sokulmasına yönelik suistimal girişimleri ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere; benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda, Sigortacı teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve policeyi iptal etme hakkına sahiptir.

### 14.3. Sigortalı / Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene / sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerinin esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik / hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı / sigorta ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır. Bilgilendirmelerin yapılabilmesi için adres bilgisine ilave olarak, ilgili policede sigortalı olan aile bireylerinden en az biri ile sigorta ettirene ait cep telefonu veya elektronik posta adresinden birinin Sigortacı'ya iletilmiş olması zorunludur. Aile bireylerinin iletişim bilgilerinde eksiklik olduğu durumlarda policede bilgisi tam olan kişiye bildirim yapılır ve bilgilendirme policedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

14.4. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler Yatarak Tedaviler ve Ameliyatlar ile Evde Bakım ve Tedavi teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında polichenin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık giderine konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski police teminatlarından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait

sağlık giderleri ise yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili hastalık için istisna uygulanan poliçede, bu tedaviler ile ilgili teminatın süresi poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

#### 14.5. Rücu ve İstirdat Hakkı

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

Sigortacı, Sigortalı / Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarına veya sigortalı / sigortalılar hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan sigortalı / sigortalılardan talep hakkı bulunmaktadır.

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

Sigorta ettiren ve sigortalı açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur.

#### 14.6. Ekonomik Yaptırımlar

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

## SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

### TEMİNAT KAPSAMI

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

### TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

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

### AKSİNE SÖZLEŞME YOKSA TEMİNAT DIŞINDA KALAN HALLER

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

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

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

### SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

**Madde 4** - Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

### SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

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

### SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME YAPILIRKEN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

a) Sigorta ettirenin sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

b) Sigorta ettirenin sigortalının kastı bulunmaz ise sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren / sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli tahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin / sigortalının tebellüğ tarihin takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

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

d) Sigorta ettirenin / sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut

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

### SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

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

1- Sözleşmeyi fesheder veya

2- Prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğü tarihini takip eden 5. iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir. Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer. Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

### SİGORTA ÜCRETİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

**Madde 8 -** Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde nakden ödenir.

Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmemiş ise sigortacının

sorumluluğu başlamaz, bu şart poliçenin ön yüzüne yazılır.

Bir yıldan uzun süreli hastalık sigortalarında sigorta priminin vadesinde ödenmemesi halinde, sigortacı muaccel sigorta ücret borcunu vadesinde ödemiş olan sigorta ettirene, noter vasıtasıyla veya iadeli taahhütlü mektupla borcunu bir ay içinde ödemesini, aksi takdirde sözleşmenin feshedilmiş olacağını bildirir. Bu takdirde sürenin sonunda borç ödenmemiş ise, sözleşme münfesihtir ve sigorta ettiren fesih tarihine kadar geçen müddete ait gün esasına göre hesaplanan ücreti sigortacıya ödemekle yükümlü olur.

Bir yıldan kısa süreli hastalık sigortalarında prim ödeme borcunda temerrüde düşülmesi halinde Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmediği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hanel getirmez.

### RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTALININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

#### Madde 9 -

##### A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren / sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren 8 gün içinde sigortacıya 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 olarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

##### B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır. Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur. Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır. Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

a) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.,

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

**C) Gerekli belgelerin teslimi:**

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

**MASRAFLARIN TESPİTİ**

**Madde 10 -** İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder. Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

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

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde 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 7 gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda 7 gün içerisinde anlaşamazlar ise taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

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

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren 7 gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan 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 1 hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

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

i) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

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.

**TAZMİNATIN SONUÇLARI VE SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI**

**Madde 11 -** Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir. Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur. (2015/22 sayılı Sağlık Sigortası Genel Şartlarında Yapılan Değişikliğe İlişkin Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

**MÜŞTEREK SİGORTA**

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

## SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

**Madde 13** - Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir. Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve dorudan bağının bulunması gerekmektedir. Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez. Sigortalı hakkındaki sirlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sirların sakli tutulmasından sorumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

## TEBLİĞ VE İHBARLAR

**Madde 14** - Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır. Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

## YETKİLİ MAHKEME

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

## ZAMAN AŞIMI

**Madde 16** - Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler 2 yıllık zaman aşımına tabidir.

## ÖZEL ŞARTLAR

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

## GRUP VE AİLE SİGORTALARINDA BİLGİLENDİRME FORMU VE KATILIM SERTİFİKASI

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



