

ALLIANZ DİĞER SAĞLIK ÜRÜNLERİ



İçindekiler

SAĞLIK SİGORTALARI _____ 3

Dinamik Sağlık Sigortası _____	4
Limitsiz Sağlık Sigortası _____	6
Optimum Sağlık Sigortası _____	8
Vitamin Sağlık Sigortası _____	10
Yurtdışı Sağlık Sigortası _____	12
Vitalis Sağlık Sigortası _____	14
Özel Sağlık Sigortası _____	16
Can Sağlığı _____	18
- Standart Plan _____	18
- Eko Plan _____	21
- Eko B Plan _____	24
- Multi Plan _____	27
- Ekstra Plan _____	33
- Plan Karşılaştırma Tablosu _____	39
WIP Sağlık _____	41

ÖZEL ŞARTLAR _____ 45

Dinamik Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	46
Limitsiz Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	65
Optimum Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	88
Vitamin Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	111
Yurtdışı Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	132
Vitalis Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	147
Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	170
Can Sağlığı Sigortası Özel Şartlar _____	192
WIP Sağlık Sigortası Özel Şartlar _____	192

SAĞLIK SİGORTALARI

Dinamik Sağlık Sigortası

Allianz'la güç yanınızda! Allianz, 70'ten fazla ülkedeki geniş deneyimi, Türkiye'deki 25 yılı aşkın birikimiyle her koşulda, her zaman yanınızda.

Allianz Dinamik Sağlık Sigortası, sizin ve sevdiklerinizin beklenmedik sağlık giderlerini bütçenize uygun ve ekonomik fiyatlar ile güvence altına alıyor.

Poliçeye giriş yaşı 6 ile 44 arasında olan ve geniş sigortalılık süresine sahip bu ürüne 45 yaşından önce sahip olarak, siz de sağlığınıza ömür boyu teminat altına alabilirsiniz.

Allianz ile yatarak tedavi limitsiz!

Allianz ile yatarak tedavi limitsiz!

Dinamik Sağlık Sigortası, anlaşmalı kurumlarında, hastanede yatarak tedavi gerektiren sağlık giderlerini, **limitsiz ve %100 ödemeli** olarak karşılar. Üstelik Kemoterapi - Radyoterapi - Dializ ve Küçük Cerrahi giderleriniz de dahil...

Dinamik Sağlık Sigortası'nda doğum teminatı da var!

Dinamik Sağlık Sigortası'nda doğum teminatı da var! Allianz, Dinamik Sağlık Sigortası'na başvurduktan 18 ay sonra başlayan hamileliklerde, Doğum giderlerinizi **limitsiz ve %100 ödemeli** olarak karşılar.

Allianz'dan ekstra avantajlar!

- **6 - 17 yaş arası çocuklara tek başına sigortalanma avantajı;** 6-17 yaş arası çocuklar da ebeveynler olmaksızın tek başlarına sigortalanabilir. Buna ek olarak kardeşler 25 (dahil) yaşına kadar bir arada sigortalanabilir ve aile indiriminden faydalanabilir.
- **Aile Poliçesi İndirimi;** Aile poliçesi yaptırmak isteyen sigortalılarımız % 10'a varan indirimlerden yararlanabilir.
- **Özel İndirimler;**
 - İstanbul dışında ikamet eden sigortalılarımızın poliçelerinde % 10 ek indirim avantajı bulunmaktadır.
 - Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda, poliçenizin teminatı dışında kalan durumlarda bile indirimlerden faydalanabilirsiniz.
- **Yeni Doğan Teminatı;** Allianz, Dinamik Sağlık Sigortası ile dünyaya gelen bebeklerin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan muayene ve rutin tetkik giderlerini karşılayan "Yeni Doğan Teminatı" da poliçe kapsamındadır.
- **Vergi Mükelleflerine Özel İndirimler;** Ücretli veya beyana bağlı vergi mükellefiyseniz Gelir Vergisi Kanunu gereğince ödediğiniz primleri vergi matrahınızdan indirerek daha ilk günden kazançlısınız.
- **Acil Yardım Hizmeti 7/24 Yanınızda;** Allianz, hayati tehlike arz eden acil durumlarda "444 45 46 Allianz Çözüm Hattı" ile hizmetinizde. Karayoluyla ulaşımın

mümkün olmadığı durumlarda Hava Ambulansı hizmetiyle de 365 gün ve 24 saat yanınızda.

Police yenilemek artık çok kolay!

Allianz, 3. yılın sonundaki değerlendirmesine bağlı olarak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ile kesintisiz hizmet alma hakkına sahip olursunuz. Üstelik yaş sınırı ile hasar prim oranına bağlı olmaksızın...

Allianz bebeklerine, ömür boyu yenileme güvencesi var!

Allianz poliçesiyle hayata merhaba diyen bebeklerimize, anne ve babalarından önce ömür boyu yenileme güvencesi olanağı sunarak "Ailemize hoş geldin" diyoruz...

Diğer Sağlık ve Sağlık Dışı Giderlerinizde de Allianz İndirim Avantajları...

Teminatlarınızın olmadığı durumlarda dahi birçok Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda özel Allianz fiyatları üzerinden hizmet alabilirsiniz.

Spor merkezlerinden güzellik merkezlerine, optik mağazalarından diş kliniklerine kadar birçok kurumun yer aldığı indirimli kurumlarımız, özel yaşamınızı renklendirerek Allianz sigortalısı olmanın farkını size ve ailenize yaşatır.

Yarınlarınız için, sevdikleriniz ve sizin için...

Genel ve Özel Şartlar

Genel Şartlar için [tıklayınız.](#)

Özel Şartlar için [tıklayınız.](#)

Limitsiz Sağlık Sigortası

Allianz'la g¼¼ yanınızda!

Allianz, 70'ten fazla ¼¼lkedeki geniş deneyimi, T¼¼rkiye'deki 25 yılı aşkın birikimiyle her koşulda, her zaman yanınızda.

Sağlıklarını hiçbir limitle sınırlandırmadan korumak isteyenler için bir sigorta: Limitsiz Sağlık Sigortası

Allianz ile Limitsiz G¼¼vence !

Ayakta ve Yatarak Tedavi giderleriniz için Allianz, geniş Anlaşmalı Sağlık Kurum ağıyla hizmetinizde... Allianz, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'mızdaki sağlık harcamalarınızı takip eder ve sizin adınıza öder. Üstelik Muayene, Röntgen, Laboratuvar, İlaç, Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri gibi alt teminatlar ve Çocukluk Çağı Aşı Harcamaları da dahil...

Üniversite hastanelerinde oluşabilecek sağlık giderlerinizin tamamı da Allianz güvencesindedir. Hamilelik ve Doğum Teminatı'nı tercih etmeniz durumunda, anlaşmalı olduğumuz, ¼¼lkemizin seçkin sağlık kurumlarında bu teminata limitsiz olarak sahip olabilirsiniz.

Ayrıca, Ferdi Kaza ve Hayat teminatlarıyla da Allianz, ailenizin yanında...

Acil Yardım Hizmeti

Allianz, hayati tehlike gösteren acil durumlarda "444 45 46 Allianz Çözüm Hattı" ile hizmetinizde. Karayoluyla ulaşımın mümkün olmadığı durumlarda, hava ambulansı Asistans hizmetiyle de 365 gün ve 24 saat yanınızda...

Sağlık Tarama (Check-up) Hizmeti

Anlaşmalı check-up merkezlerimizde, çeşitli panel seçenekleriyle yılda bir defa yaptırabileceğiniz Sağlık Tarama Hizmeti ile daha güvendesiniz.

Kontrol Mamografi ve PSA (Prostat Spesifik Antijen) Tarama Hizmeti

40 yaş ve üzeri bayanlar için Mamografi; baylar için PSA Tarama hizmetleri sayesinde Allianz sigortalıları erken tanıyla kötü sürprizlere meydan okuyor.

Allianz bebeklerine, ömür boyu yenileme güvencesi var!

Allianz poliçesiyle hayata merhaba diyen bebeklerimize, anne ve babalarından önce ömür boyu yenileme güvencesi olanağı sunarak "Ailemize hoş geldin" diyoruz.

Ek Avantajlar

Yurtdışında yatarak tedavileriniz için, tüm dünyada geçerli bir hizmet daha!

Danışma

Yurtdışına yatarak tedavi için gitmek istediğinizde veya yurtdışında iken,teminat

kapsamındaki yatarak tedavinizi en iyi koşullarla hangi ÷lkede/hastanede grebileceğinizi ücretsiz olarak öğrenip rezervasyonunuzu yaptırabilirsiniz.

Doğrudan deme

Teminat limitiniz dahilinde yatarak tedavi masraflarınızın Allianz tarafından doğrudan ilgili hastaneye ödenmesini sağlayabilirsiniz.

Allianz 3D yetkilileri; dñnyanın hemen hemen tñm ÷lkelerindeki yñzlerce seçkin sağlık kuruluşunda, sizleri ÷lkenizdeki kadar gñvende hissettirmek için, 24 saat size sadece bir telefon uzaklığında olacaklardır.

Yurtdışı hastane ve doktor faturaları, her ÷lkede uygulanan fiyat standartlarını bilen Allianz 3D yetkili doktorlarınca kontrol edilerek, teminat limitinizin gereksiz yere kullanılmasını da önlenebilecektir.

(*) Bu servis, yatarak tedavi teminatı yutdışında da geçerli olan "zel Sağlık", "Limitsiz Sağlık" ve "Vitalis Sağlık" poliçeleri için geçerlidir.

Vergi avantajıyla daha da ekonomik...

Ücretli veya beyana tabi vergi mükellefiyseniz, Gelir Vergisi Kanunu gereğince ödediğiniz primleri vergi matrahınızdan indirerek daha ilk gñnden kazançlısınız.

Yenilemede Kesintisiz Hizmet

Allianz, 3. yılın sonundaki değerlendirmesine bağlı olarak "mür Boyu Yenileme Garantisi" ile kesintisiz hizmet alma hakkına sahip olursunuz.

Üstelik yaş sınırı ile hasar prim oranına bağlı olmaksızın....

İndirimlerle Daha Ekonomik Prim Avantajları

Tñm planların yenilemelerinde, sağlık priminin %50'sine kadar harcama olması durumunda %45'e varan hasarsızlık indirimleri, aile poliçelerine uygulanan %10'a varan indirim avantajlarıyla.

Diğer Satış ve Sağlık Dışı Giderlerinizde de Allianz İndirim Avantajları

Teminatlarınızın olmadığı durumlarda dahi birçok Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda zel Allianz fiyatları üzerinden hizmet alabilirsiniz.

Spor merkezlerinden gñzellik merkezlerine, optik mağazalarından diş kliniklerine kadar birçok kurumun yer aldığı indirimli kurumlarımız, özel yaşamınızı renklendirerek Allianz sigortalısı olmanın farkını size ve ailenize yaşatır.

Yarınlarınız için, sevdikleriniz ve sizin için

Genel ve özel şartlar

Genel şartlar için [tıklayınız.](#)

Özel şartlar için [tıklayınız.](#)

Optimum Sağlık Sigortası

Allianz'la güç yanınızda!

Allianz, 70'ten fazla ülkedeki geniş deneyimi, Türkiye'deki 25 yılı aşkın birikimiyle her zaman yanınızda. Allianz'dan sağlığınıza güvence altına alan bir paket: Optimum Sağlık Sigortası.

Allianz ile Optimum Sağlık Sigortası ile Limitsiz Güvence!

Ayakta ve Yatarak Tedavi giderleriniz için Allianz, geniş Anlaşmalı Sağlık Kurum ağıyla hizmetinizde... Allianz, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'mızdaki sağlık harcamalarınızı takip eder ve sizin adınıza öder.

Üstelik Muayene, Röntgen, Laboratuvar, ilaç, Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri gibi alt teminatlar ve Çocukluk Çağı Aşı harcamaları da dahil. Üniversite hastanelerinde oluşabilecek sağlık giderlerinizin tamamı da Allianz güvencesindedir.

Acil Yardım Hizmeti

Allianz, hayati tehlike gösteren acil durumlarda "444 45 46 Allianz Çözüm Hattı" ile hizmetinizde. Karayoluyla ulaşımın mümkün olmadığı durumlarda, hava ambulansı Asistans hizmetiyle de 365 gün ve 24 saat yanınızda...

Kontrol Mamografi ve PSA (Prostat Spesifik Antijen) Tarama Hizmeti

40 yaş ve üzeri bayanlar için Mamografi; baylar için PSA Tarama hizmetleri sayesinde Allianz sigortalıları erken tanıyla kötü sürprizlere meydan okuyor.

Yeni Doğan Bebeklere, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi Hediye ediyoruz...

Allianz poliçesiyle hayata merhaba diyen bebeklerimize, anne ve babalarından önce ömür boyu yenileme güvencesi olanağı sunarak "Ailemize hoş geldin" diyoruz.

Vergi Avantajıyla Daha da Ekonomik...

Ücretli veya beyana bağlı vergi mükellefiyseniz, Gelir Vergisi Kanunu gereğince ödediğiniz primleri vergi matrahınızdan indirerek daha ilk günden kazançlısınız.

Yenilemede Kesintisiz Hizmet...

Allianz, 3. yılın sonundaki değerlendirmesine bağlı olarak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ile kesintisiz hizmet alma hakkına sahip olursunuz. Üstelik yaş sınırı ile hasar prim oranına bağlı olmaksızın...

İndirimlerle Daha Ekonomik Prim Avantajları...

Tüm planların yenilemelerinde, sağlık priminin %50'sine kadar harcama olması durumunda %45'e varan hasarsızlık indirimleri, aile poliçelerine uygulanan %10'a varan indirim avantajlarıyla..

Diğer Sağlık ve Sağlık Dışı Giderlerinizde de Allianz İndirim Avantajları...

Teminatlarınızın olmadığı durumlarda dahi birçok Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda özel Allianz fiyatları üzerinden hizmet alabilirsiniz.

Spor merkezlerinden güzellik merkezlerine, optik mağazalarından diş kliniklerine kadar birçok kurumun yer aldığı indirimli kurumlarımız, özel yaşamınızı renklendirerek Allianz sigortalısı olmanın farkını size ve ailenize yaşatır.

Yarınlarınız için, sevdikleriniz ve sizin için...

Genel ve Özel Şartlar

Genel Şartlar için [tıklayınız](#).

Özel Şartlar için [tıklayınız](#).

Vitamin Sağlık Sigortası

Allianz'la güç yanınızda!

Allianz, 70'ten fazla ülkedeki geniş deneyimi, Türkiye'deki 25 yılı aşkın birikimiyle her koşulda, her zaman yanınızda... İşte size hem geniş kapsamlı hem de ekonomik bir sağlık sigortası: Vitamin Sağlık Sigortası.

Allianz ile Avantajlı Güvence!

Ayakta ve Yatarak Tedavi giderleriniz için Allianz, geniş Anlaşmalı Sağlık Kurum ağıyla hizmetinizde... Allianz, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'mızdaki sağlık harcamalarınızı takip eder, limitler dahilinde sizin adınıza öder.

Üstelik Muayene, Röntgen, Laboratuvar, İlaç, Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri gibi alt teminatlar ve Çocukluk Çağı Aşı Harcamaları da dahil. Üniversite hastanelerinde oluşabilecek sağlık giderlerimizin tamamı da Allianz güvencesindedir.

Acil Yardım Hizmeti

Allianz, hayati tehlike gösteren acil durumlarda "444 45 46 Allianz Çözüm Hattı" ile hizmetinizde. Karayoluyla ulaşımın mümkün olmadığı durumlarda, hava ambulansı Asistans hizmetiyle de 365 gün ve 24 saat yanınızda...

Kontrol Mamografi ve PSA (Prostat Spesifik Antijen) Tarama Hizmeti

40 yaş ve üzeri bayanlar için Mamografi; baylar için PSA Tarama hizmetleri sayesinde Allianz sigortalıları erken tanıyla kötü sürprizlere meydan okuyor ve üstelik hasarsızlığınızı da etkilemiyor.

Vergi Avantajıyla Daha da Ekonomik...

Ücretli veya beyana bağlı vergi mükellefiyseniz, Gelir Vergisi Kanunu gereğince ödediğiniz primleri vergi matrahınızdan indirerek daha ilk günden kazançlısınız.

Yenilemede Kesintisiz Hizmet..

Allianz, 3. yılın sonundaki değerlendirmesine bağlı olarak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ile kesintisiz hizmet alma hakkına sahip olursunuz. Üstelik yaş sınırı ile hasar prim oranına bağlı olmaksızın...

İndirimlerle Daha Ekonomik Prim Avantajları...

Tüm planların yenilemelerinde, sağlık priminin %50'sine kadar harcama olması durumunda %45'e varan hasarsızlık indirimleri, aile poliçelerine uygulanan %10'a varan indirim avantajlarıyla..

Diğer Sağlık ve Sağlık Dışı Giderlerinizde de Allianz İndirim Avantajları...

Teminatlarınızın olmadığı durumlarda dahi birçok Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda özel Allianz fiyatları üzerinden hizmet alabilirsiniz.

Spor merkezlerinden güzellik merkezlerine, optik mağazalarından diş kliniklerine kadar birçok kurumun yer aldığı indirimli kurumlarımız, özel yaşamınızı renklendirerek Allianz sigortalısı olmanın farkını size ve ailenize yaşatır.

Genel ve özel şartlar

Genel şartlar için [tıklayınız](#).

Özel şartlar için [tıklayınız](#).

Yurtdışı Sağlık Sigortası

Allianz, 70'ten fazla ülkedeki geniş deneyimi, Türkiye'deki 25 yılı aşkın birikimiyle her koşulda, her zaman yanınızda. İşte, size dünya çapında bir güvence sağlayan Allianz Yurtdışı Sağlık Sigortası.

Allianz ile dünyanın her köşesi güvenli!

Sigortacılıkta Dünya devi olan Allianz, size dünyanın her yerinde güvenle seyahat etme imkanı sağlıyor. Yıllardır kazandığı deneyimi, Türkiye'nin dört bir yanındaki uzman acenteleri ve uluslararası gücüyle tüm sigorta ihtiyaçlarınıza en doğru ve en uygun çözümleri sizin ve sevdikleriniz için üretiyor.

Neden Allianz Yurtdışı Sağlık Sigortası?

Limitsiz Sağlık veya Özel Sağlık Sigortanız varsa veya yeni yaptırıyorsanız, USD endeksli bu poliçeyi seçerseniz sigortanızın sunduğu teminatlar doğrultusunda, yurtdışındaki her türlü tedavi masraflarınız karşılanıyor.

Limitsiz ya da Özel Sağlık Sigortanızın poliçe yenileme dönemi geldiğinde (eğer sigortanızı yeni yaptırdıysanız ilk 1 ay içinde) Allianz acentenize kararınızı bildirerek siz de bu büyük olanaktan yararlanabilirsiniz.

Allianz Yurtdışı Sağlık Sigortası neler sağlıyor?

1. Plan

Hastanede yatarak tedavi gerektiğinde, ameliyat için veya ameliyat olmaksızın hastaneye yatış ve çıkış dönemi içindeki tüm tıbbi araştırma, malzeme, yoğun bakım giderleriyle yatak-yemek, refakatçi, doktor, anestezi ücretleri ve kardiyak anjiyografi masraflarını teminat altına alıyor. Ayrıca hastanede yatarak veya yatmadan tedaviye yönelik küçük müdahalelerin (alçı uygulamaları, mide yıkama, koterazisyon, krioterapi gibi) giderleri de teminat kapsamındadır.

2. Plan (1. Plan teminatına ek olarak)

Ayakta tedavi olmanız yeterliyse yani tedaviniz hastanede yatmanızı gerektirmiyorsa doktor, ilaç, tahlil, ultrasonografi, mamografi ve fizik tedavi gibi tüm tedavi giderleriyle MR, tomografi, sintigrafi, ekokardiyografi, anjiyografik ve endoskopik araştırmalar, endoskopik biyopsi tedavi giderlerini limitiniz dahilinde Allianz karşılıyor.

Neler teminat dışında?

Tüm dünyada olduğu gibi mevcut rahatsızlıklar, kontrol amacıyla yapılan check-up gibi araştırmalar, alkol ve uyuşturucu bağımlılığından kaynaklanan rahatsızlıklar, AIDS, psikiyatrik ve estetik tedaviler, doğumsal ve yapısal bozukluklar ve yurtdışına seyahatinizle ilgili masraflar teminat dışındadır.

(Bu konudaki ayrıntılı bilgiler, Limitsiz veya Özel Sağlık Sigortası poliçenizdekilerle aynıdır.)

Genel ve Özel Şartlar

Genel Şartlar için [tıklayınız](#).

Özel Şartlar için [tıklayınız](#).

Vitalis Sağlık Sigortası

Allianz'la güç yanınızda!

Allianz, 70'ten fazla ülkedeki geniş deneyimi, Türkiye'deki 25 yılı aşkın birikimiyle her koşulda, her zaman yanınızda. İşte, yurtdışında yatarak tedavileriniz için tüm dünyada geçerli olan bir hizmet sunuyor: Vitalis Sağlık Sigortası

Allianz ile Dünya Çapında Güvence!

Ayakta ve yatarak tedavi giderleriniz için Allianz, geniş Anlaşmalı Sağlık Kurum Ağı ile yurtiçinde ve yurtdışında hizmetinizde...

Allianz, yurtiçinde Anlaşmalı Sağlık Kurumları'mızdaki sağlık harcamalarınızı takip edip, limitler dahilinde sizin adınıza öderken, yurtdışında da yüksek teminat limitleriyle yanınızda...

Üstelik Muayene, Röntgen, Laboratuvar, İlaç, Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri gibi alt teminatlar ve Çocukluk Çağı Aşı harcamalarıyla... Üniversite hastanelerinde veya acil durumlarda diğer sağlık kurumlarında oluşabilecek sağlık giderlerinizin tamamı da Allianz güvencesinde.

Hamilelik ve Doğum Teminatını, anlaşmalı olduğumuz, ülkemizin seçkin sağlık kurumlarında limitsiz olarak kullanabilirsiniz.

Yurtiçinde Acil Yardım Hizmeti

Allianz, hayati tehlike gösteren acil durumlarda "444 45 46 Allianz Çözüm Hattı" ile hizmetinizde. Karayoluyla ulaşımın mümkün olmadığı durumlarda, hava ambulansı Asistans hizmetiyle de 365 gün ve 24 saat yanınızda...

Sağlık Tarama (Check-up) Hizmeti

Anlaşmalı Check-up Merkezleri'mizde, çeşitli panel seçenekleriyle yılda bir defa yaptırabileceğiniz Sağlık Tarama Hizmeti ile daha güvendesiniz.

Kontrol Mamografi ve PSA (Prostat Spesifik Antijen) Tarama Hizmeti

40 yaş ve üzeri bayanlar için Mamografi; baylar için PSA Tarama hizmetleri sayesinde Allianz sigortalılar erken tanıyla kötü sürprizlere meydan okuyor.

Allianz Bebeklerine Ömür Boyu Yenileme Güvencesi Hediyelemiz...

Allianz poliçesiyle hayata merhaba diyen bebeklerimize, anne ve babalarından önce Ömür Boyu Yenileme güvencesi imkanı sunarak "Ailemize hoş geldin" diyoruz.

Vergi Avantajı ile Daha da Ekonomik...

Ücretli veya beyana tabi vergi mükellefiyseniz, Gelir Vergisi Kanunu gereğince ödediğiniz primleri vergi matrahınızdan indirerek daha ilk günden kazançlısınız.

Yenilemede Kesintisiz Hizmet...

Allianz, 3. yılın sonundaki değerlendirmesine bağlı olarak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ile kesintisiz hizmet alma hakkına sahip olursunuz.

Üstelik yaş sınırı ile hasar prim oranına bağlı olmaksızın....

İndirimlerle Daha Ekonomik Prim Avantajları...

Tüm planların yenilemelerinde, sağlık priminin %50'sine kadar harcama olması durumunda %45'e varan hasarsızlık indirimleri, aile poliçelerine uygulanan %10'a varan indirim avantajlarıyla..

Diğer Sağlık ve Sağlık Dışı Giderlerinizde de Allianz İndirim Avantajları

Teminatlarınızın olmadığı durumlarda dahi birçok Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda özel Allianz fiyatları üzerinden hizmet alabilirsiniz.

Spor merkezlerinden güzellik merkezlerine, optik mağazalarından diş kliniklerine kadar birçok kurumun yer aldığı indirimli kurumlarımız, özel yaşamınızı renklendirerek Allianz sigortalısı olmanın farkını size ve ailenize yaşatır.

Ek Avantajlar

Yurtdışında yatarak tedavileriniz için, tüm dünyada geçerli bir hizmet daha!

Danışma

Yurtdışına yatarak tedavi için gitmek istediğinizde veya yurtdışında iken, teminat kapsamındaki yatarak tedavinizi en iyi koşullarla hangi ülkede/hastanede görebileceğinizi ücretsiz olarak öğrenip rezervasyonunuzu yaptırabilirsiniz.

Doğrudan ödeme

Teminat limitiniz dahilinde yatarak tedavi masraflarınızın Allianz tarafından doğrudan ilgili hastaneye ödenmesini sağlayabilirsiniz.

Allianz 3D yetkilileri; dünyanın hemen hemen tüm ülkelerindeki yüzlerce seçkin sağlık kuruluşunda, sizleri ülkenizdeki kadar güvende hissettirmek için, 24 saat size sadece bir telefon uzaklığında olacaklardır.

Yurtdışı hastane ve doktor faturaları, her ülkede uygulanan fiyat standartlarını bilen Allianz 3D yetkili doktorlarınca kontrol edilerek, teminat limitinizin gereksiz yere kullanılmasını da önlenebilecektir.

(*) Bu servis, yatarak tedavi teminatı yurtdışında da geçerli olan "Özel Sağlık", "Limitsiz Sağlık" ve "Vitalis Sağlık" poliçeleri için geçerlidir.

Genel ve Özel Şartlar

Genel Şartlar için [tıklayınız](#).

Özel Şartlar için [tıklayınız](#).

Özel Sağlık Sigortası

Allianz, 70'ten fazla ülkedeki geniş deneyimi, Türkiye'deki 25 yılı aşkın birikimiyle her koşulda, her zaman yanınızda. Allianz Özel Sağlık Sigortası, sağlık sorunlarınıza çağdaş ve kapsamlı çözümler getiriyor.

Özel Sağlık Sigortası'ndan Yararlanırken...

Ayakta ve yatarak tedavi giderleriniz için Allianz, yurtiçi ve yurtdışında hizmetinizde...

Allianz, doğum dahil geniş limitli teminat seçenekleriyle tüm dünyadaki Anlaşmalı / Anlaşmasız Sağlık Kurumlarındaki sağlık harcamalarınızı takip eder, limitler dahilinde sizin adınıza öder.

Üstelik, Diş ve Gözlük seçeneği de sunan tek ürün olarak Muayene, Röntgen, Laboratuvar, İlaç, Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri gibi alt teminatlar ve Çocukluk Çağı Aşı harcamalarını da karşılıyor

Yurtiçinde Acil Yardım Hizmeti

Allianz, hayati tehlike gösteren acil durumlarda "444 45 46 Allianz Çözüm Hattı" ile hizmetinizde. Karayoluyla ulaşımın mümkün olmadığı durumlarda, hava ambulansı Asistans hizmetiyle de 365 gün ve 24 saat yanınızda...

Kontrol Mamografi ve PSA (Prostat Spesifik Antijen) Tarama Hizmeti

40 yaş ve üzeri bayanlar için Mamografi; baylar için PSA Tarama hizmetleri sayesinde Allianz sigortalılar erken tanıyla kötü sürprizlere meydan okuyor.

Allianz Bebeklerine Ömür Boyu Yenileme Güvencesi Hediye ediyoruz...

Allianz poliçesiyle hayata merhaba diyen bebeklerimize, anne ve babalarından önce Ömür Boyu Yenileme güvencesi imkanı sunarak "Ailemize hoş geldin" diyoruz.

Vergi Avantajı ile Daha da Ekonomik...

Ücretli veya beyana tabi vergi mükellefiyseniz, Gelir Vergisi Kanunu gereğince ödediğiniz primleri vergi matrahınızdan indirerek daha ilk günden kazançlısınız.

Yenilemede Kesintisiz Hizmet...

Allianz, 3. yılın sonundaki değerlendirmesine bağlı olarak "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ile kesintisiz hizmet alma hakkına sahip olursunuz.

Üstelik yaş sınırı ile hasar prim oranına bağlı olmaksızın....

İndirimlerle Daha Ekonomik Prim Avantajları...

Tüm planların yenilemelerinde, sağlık priminin %50'sine kadar harcama olması durumunda %45'e varan hasarsızlık indirimleri, aile poliçelerine uygulanan %10'a varan indirim avantajlarıyla..

Diğer Sağlık ve Sağlık Dışı Giderlerinizde de Allianz İndirim Avantajları

Teminatlarınızın olmadığı durumlarda dahi birçok Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda özel Allianz fiyatları üzerinden hizmet alabilirsiniz.

Spor merkezlerinden güzellik merkezlerine, optik mağazalarından diş kliniklerine kadar birçok kurumun yer aldığı indirimli kurumlarımız, özel yaşamınızı renklendirerek Allianz sigortalısı olmanın farkını size ve ailenize yaşatır.

Yarınlarınız için, sevdikleriniz ve sizin için...

Genel ve Özel Şartlar

Genel Şartlar için [tıklayınız](#).

Özel Şartlar için [tıklayınız](#).

Can Sağlığı

- Standart Plan

Standart Plan, hastanede yatarak tedavi gerektiren sağlık giderlerinizi teminat altına alarak, size kapsamlı güvence sunan, en ekonomik plan.

STANDART PLAN		
TEMİNATLAR	TEMİNAT LİMİTİ	TEMİNAT YÜZDESİ
› Hastane Hizmetleri Teminatı	Limitsiz	%80 veya %100
› Ameliyat Öncesi Teşhis, Ameliyat Sonrası Teşhis ve Tedavi Teminatı (Yıllık)	750 TL	%80 veya %100
› Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü	Limitli	%100
› Ferdi Kaza Teminatı	Kaza Sonucu Yaşam Kaybı 30.000 TL	Genel Şartlarda Tanımlanmıştır
	Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık 30.000 TL	
› Telemed24 Hizmet Ağı	A Tipi Kurumlar	

TEMİNATLAR

Sağlık Poliçe Primi Koruma Teminatı

Sigorta Ettirenin işsizlik ve/veya geçici iş göremezliği durumunda, vade tarihi riskin gerçekleştiği ay ve sonrasında olan prim taksitleri Özel Şartlarda belirtilen kapsam ve limitler doğrultusunda teminat altına alınmaktadır. Bu teminat sigorta ettirenin gerçek kişi ve 18 - 64 yaş arasında olduğu poliçeler için geçerlidir. Teminat kapsamına ilişkin detaylı açıklamalar Can Sağlığı Sigortası Özel Şartlarında yer almaktadır.

Hastane Hizmetleri Teminatı

Bu teminat kapsamında, yurt içinde hastanede yattığınız süre boyunca yapılan yatak-yemek, refakatçi, doktor vizitesi, ilaç, teşhis yöntemleri giderleri, ameliyat ile ilgili giderler, yoğun bakım ve sarf edilen malzeme ve küçük müdahale giderleri, TELEMED24 ağına dahil ve bu teminat ile ilgili anlaşmalı sağlık kurumlarında, seçiminize göre %80 ya da %100 oranında ve limitsiz olarak karşılanır.

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde gerçekleşen ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri 2.500 TL limit ile teminat altına alınırken, ameliyat için zorunlu protezler (kalp kapakçığı vb) de Hastane Hizmetleri Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Ürün özel şartlarında belirtilen kapsamdaki; tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel tıbbi malzemeler 750 TL limit ve %80 teminat yüzdesi ile Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Evde Hemşire Bakım Giderleri, yılda 8 hafta ile sınırlı olmak üzere Hastane Hizmetleri teminatının ödeme yüzdesi ile aynı oranda karşılanmaktadır.

Ameliyat Öncesi Teşhis veya Ameliyat Sonrası Teşhis ve Tedavi Teminatı

Sadece Standart Plan'da bulunan bu teminat ile; Yurt İçi Hastane Hizmetleri teminatınız kapsamında karşılanan ameliyatlardan en fazla 60 gün önce aynı sağlık sorunuyla ilgili olmak üzere yapılan laboratuvar, röntgen ve teşhis için gerekli diğer işlemler veya ameliyatı takiben hastaneden taburcu olduğunuzdan en fazla 60 gün sonra aynı sağlık sorunuyla ilgili olmak üzere yapılan tedaviler ve teşhis işlemleri, yıllık 750 TL limit ile Hastane Hizmetleri teminat yüzdeniz oranında güvence altına alınır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü

Can Sağlığı poliçesi planlarında, ücretsiz olarak verilen bu teminat, koruyucu sağlık hizmetini amaçlayan, yas ve cinsiyete göre değişen anlaşmalı aile hekimi muayene ve tetkik giderlerini yıllık limit dahilinde kapsamaktadır. Yas ve cinsiyete göre farklılaşan işlemler:

Aile Hekimi muayenesi: Tüm yaş gruplarında yılda üç defa ile sınırlıdır.

Tetkikler:

- 1.** Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, 0-18 yas arasındaki çocuk kapsamındaki sigortalılara yılda bir defa yapılır.
- 2.** Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, EKG, PA AC Grafi; 19-40 yaş arasındaki kadın ve erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.
- 3.** Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, Mammografi; 41 yaş üzerindeki kadın sigortalılara yılda bir defa yapılır.
- 4.** Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC

Grafi, PSA; 41 yaş üzerindeki erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatı kullanımı listesi poliçenizin ekinde yer alan anlaşmalı kurumlarda bulunan Allianz Sigorta Aile Hekimlerince gerçekleştirilir. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatınızı kullanmak için [Aile Hekimleri Listesinden](#), evinize veya işyerinize en yakın olan kurumu seçmeniz ve randevu alarak, Aile Hekimi'ne gitmeniz yeterli olacaktır.

Ferdi Kaza Teminatı

Sigortalının kaza sonucu yaşamını kaybetmesi veya kaza sonucu sürekli sakat kalması halinde, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve poliçede belirtilen limitler dahilinde geçerlidir. Bu teminat, poliçede çocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Telemed24 Hizmet Ağı

Allianz Sigorta ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereğince, sigortalılarımızın kartlarını kullanarak veya Allianz Sigorta'dan provizyon olarak teminat limitleri ve yüzdeleri dahilinde ücret ödemediği hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane ve hekim muayenehaneleridir.

TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumları anlaşmalı hekim muayenehaneleri dışında A ve B olmak üzere 2 kategoride tanımlanmıştır. A grubu kurumlar, B Grubu kurumlar da dahil olmak üzere, tüm anlaşmalı sağlık kurumlarını kapsamaktadır. B grubu kurumlar ise Allianz Sigorta'nın TELEMED24 hizmet ağına dahil Türkiye'de geçerli daha dar kapsamlı anlaşmalı sağlık kurumu grubudur.

- Eko Plan

Eko Plan, sağlık ihtiyaçlarınıza ve bütçenize uygun, ekonomik ama aynı zamanda yatarak ve ayakta tedavi imkanı sunan, kapsamlı bir poliçe.

EKO PLAN		
TEMİNATLAR	TEMİNAT LİMİTİ	TEMİNAT YÜZDESİ
› Hastane Hizmetleri Teminatı	Limitsiz	%80 veya %100
› Ayakta Tedavi Paketi	2.500 TL	%80
› Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü	Limitli	%100
› Ferdî Kaza Teminatı	Kaza Sonucu Yaşam Kaybı 50.000 TL Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık 50.000 TL	Genel Şartlarda Tanımlanmıştır
› Telemed24 Hizmet Ağı	B Tipi Kurumlar	

TEMİNATLAR

Sağlık Poliçe Primi Koruma Teminatı

Sigorta Ettirenin işsizlik ve/veya geçici iş göremezliği durumunda, vade tarihi riskin gerçekleştiği ay ve sonrasında olan prim taksitleri Özel Şartlarda belirtilen kapsam ve limitler doğrultusunda teminat altına alınmaktadır. Bu teminat sigorta ettirenin gerçek kişi ve 18 - 64 yaş arasında olduğu poliçeler için geçerlidir. Teminat kapsamına ilişkin detaylı açıklamalar Can Sağlığı Sigortası Özel Şartlarında yer almaktadır.

Hastane Hizmetleri Teminatı

Bu teminat kapsamında, yurt içinde hastanede yattığınız süre boyunca yapılan yatak-yemek, refakatçi, doktor vizitesi, ilaç, teşhis yöntemleri giderleri, ameliyat ile ilgili giderler, yoğun bakım ve sarf edilen malzeme ve küçük müdahale giderleri, TELEMED24 ağına dahil ve bu teminat ile ilgili anlaşmalı sağlık kurumlarında, seçiminize göre %80 ya da %100 oranında ve limitsiz olarak karşılanır.

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde gerçekleşen ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri 2.500 TL limit ile teminat altına alınırken, ameliyat için zorunlu protezler (kalp kapakçığı vb) de Hastane Hizmetleri

Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Ürün özel şartlarında belirtilen kapsamdaki; tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel tıbbi malzemeler 1.000 TL limit ve %80 teminat yüzdesi ile Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Evde Hemşire Bakım Giderleri, yılda 8 hafta ile sınırlı olmak üzere Hastane Hizmetleri teminatının ödeme yüzdesi ile aynı oranda karşılanmaktadır.

Ayakta Tedavi Paketi

Bu teminat, yıllık 2.500 TL limit dahilinde, Diş Tedavi ve Aile Hekimliği haricindeki Doktor Muayene, İlaç, Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri (MR, Tomografi, Sintigrafi, Eforlu EKG vb.) ve Tahlil/Röntgen teminatlarını, %80 teminat yüzdesi ile bir arada sunmaktadır. Tahlil/Röntgen giderleri Ayakta Tedavi Paketi limitinden düşülmek kaydıyla 750 TL limite karşılanır. MR, Tomografi, Sintigrafi, Eforlu EKG vb. İleri Tanı Yöntemleri'ne ait giderler ise herhangi bir alt limit uygulanmadan Ayakta Tedavi Paketi limiti kapsamında karşılanmaktadır.

Anlaşmalı Hekim muayenehane uygulamasının başlatıldığı illerde, anlaşmalı hekimlerce yapılacak muayene giderleri %100 lü olarak teminat limiti dahilindedir.

Ayakta ya da yatarak olduklarına bakılmaksızın tüm fizik tedavi giderleri Eko Plan'da 1.000 TL olmak üzere, %80 teminat yüzdesi ile karşılanmaktadır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü

Can Sağlığı poliçesi planlarında, ücretsiz olarak verilen bu teminat, koruyucu sağlık hizmetini amaçlayan, yaş ve cinsiyete göre değişen anlaşmalı aile hekimi muayene ve tetkik giderlerini yıllık limit dahilinde kapsamaktadır. Yaş ve cinsiyete göre farklılaşan işlemler:

Aile Hekimi muayenesi: Tüm yaş gruplarında yılda üç defa ile sınırlıdır.

Tetkikler:

1. Hemogram, Sedimentasyon, Tam İdrar tahlili, 0-18 yaş arasındaki çocuk kapsamındaki sigortalılara yılda bir defa yapılır.
2. Hemogram, Sedimentasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, EKG, PA AC Grafi; 19-40 yaş arasındaki kadın ve erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.
3. Hemogram, Sedimentasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC

Grafi, Mammografi; 41 yaş üzerindeki kadın sigortalılara yılda bir defa yapılır.

4. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, PSA; 41 yaş üzerindeki erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatı kullanımı listesi poliçenizin ekinde yer alan anlaşmalı kurumlarda bulunan Allianz Sigorta Aile Hekimlerince gerçekleştirilir. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatınızı kullanmak için [Aile Hekimleri Listesinden](#), evinize veya işyerinize en yakın olan kurumu seçmeniz ve randevu alarak, Aile Hekimi'ne gitmeniz yeterli olacaktır.

Ferdi Kaza Teminatı

Sigortalının kaza sonucu yaşamını kaybetmesi veya kaza sonucu sürekli sakat kalması halinde, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve poliçede belirtilen limitler dahilinde geçerlidir. Bu teminat, poliçede çocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Telemed24 Hizmet Ağı

Allianz Sigorta ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereğince, sigortalılarımızın kartlarını kullanarak veya Allianz Sigorta'dan provizyon olarak teminat limitleri ve yüzdeleri dahilinde ücret ödemediği hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane ve hekim muayenehaneleridir.

TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumları Anlaşmalı hekim muayenehaneleri dışında A ve B olmak üzere 2 kategoride tanımlanmıştır. A grubu kurumlar, B Grubu kurumlar da dahil olmak üzere, tüm anlaşmalı sağlık kurumlarını kapsamaktadır. B grubu kurumlar ise Allianz Sigortanın TELEMED24 hizmet ağına dahil Türkiye'de geçerli daha dar kapsamlı anlaşmalı sağlık kurumu grubudur.

- Eko B Plan

Allianz Sigorta'nın en yaygın ürünü olan Can Sağlığı Sigortası, sağlık ihtiyaçlarımızın tamamını, pek çok ek hizmeti de kapsayacak şekilde karşılayan, her bütçeye uygun, kişiye özel alternatifler sunmakta.

EKO B PLAN

Eko B Plan, sağlık ihtiyaçlarınıza ve bütçenize uygun, ekonomik ama aynı zamanda yatarak ve ayakta tedavi imkanı sunan, kapsamlı bir poliçe.

"4/4/2013 tarihli ve 28615 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu gereğince kısa dönem ikamet izni başvurularında yaptırılması gereken özel sağlık sigortası sözleşmesi koşulunu karşılamak üzere T.C. de ikamet edecek yabancı uyruklu kişiler için geçerlidir. Bu plan 06/06/2014 tarih ve 9 sayılı İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelge'de belirlenen asgari teminat yapısını kapsamaktadır."

EKO B PLAN		
TEMİNATLAR	TEMİNAT LİMİTİ	TEMİNAT YÜZDESİ
› Hastane Hizmetleri Teminatı	Limitsiz	%100
› Ayakta Tedavi Paketi	2.000 TL	%60
› Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü	Limitli	%100
› Ferdî Kaza Teminatı	Kaza Sonucu Yaşam Kaybı 50.000 TL Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık 50.000 TL	Genel Şartlarda Tanımlanmıştır
› Telemed24 Hizmet Ağı	B Tipi Kurumlar	

TEMİNATLAR

Sağlık Poliçe Primi Koruma Teminatı

Sigorta Ettirenin işsizlik ve/veya geçici iş göremezliği durumunda, vade tarihi riskin gerçekleştiği ay ve sonrasında olan prim taksitleri Özel Şartlarda belirtilen kapsam ve limitler doğrultusunda teminat altına alınmaktadır. Bu teminat sigorta ettirenin gerçek kişi ve 18 - 64 yaş arasında olduğu poliçeler için geçerlidir. Teminat kapsamına ilişkin detaylı açıklamalar Can Sağlığı Sigortası Özel Şartlarında yer almaktadır.

Hastane Hizmetleri Teminatı

Bu teminat kapsamında, yurt içinde hastanede yattığınız süre boyunca yapılan yatak-yemek, refakatçi, doktor vizitesi, ilaç, teşhis yöntemleri giderleri, ameliyat ile ilgili giderler, yoğun bakım ve sarf edilen malzeme ve küçük müdahale giderleri, TELEMED24 ağına dahil ve bu teminat ile ilgili anlaşmalı sağlık kurumlarında, seçiminize göre %100 oranında ve limitsiz olarak karşılanır.

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde gerçekleşen ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri 2.500 TL limit ile teminat altına alınırken, ameliyat için zorunlu protezler (kalp kapakçığı vb) de Hastane Hizmetleri Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Evde Hemşire Bakım Giderleri, yılda 8 hafta ile sınırlı olmak üzere Hastane Hizmetleri teminatının ödeme yüzdesi ile aynı oranda karşılanmaktadır.

Ayakta Tedavi Paketi

Bu teminat, yıllık 2.000 TL limit dahilinde, Diş Tedavi ve Aile Hekimliği haricindeki Doktor Muayene, İlaç, Fizik Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri (MR, Tomografi, Sintigrafi, Eforlu EKG vb.), Tahlil/Röntgen ve Yardımcı Tıbbi Malzeme teminatlarını, %60 teminat yüzdesi ile bir arada sunmaktadır.

Anlaşmalı Hekim muayenehane uygulamasının başlatıldığı illerde, anlaşmalı hekimlerce yapılacak muayene giderleri %100 lü olarak teminat limiti dahilindedir.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü

Can Sağlığı poliçesi planlarında, ücretsiz olarak verilen bu teminat, koruyucu sağlık hizmetini amaçlayan, yaş ve cinsiyete göre değişen anlaşmalı aile hekimi muayene ve tetkik giderlerini yıllık limit dahilinde kapsamaktadır. Yaş ve cinsiyete göre farklılaşan işlemler:

Aile Hekimi muayenesi: Tüm yaş gruplarında yılda üç defa ile sınırlıdır.

Tetkikler:

1. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, 0-18 yaş arasındaki çocuk kapsamındaki sigortalılara yılda bir defa yapılır.
2. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, EKG, PA AC Grafi; 19-40 yaş arasındaki kadın ve erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.
3. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, Mammografi; 41 yaş üzerindeki kadın sigortalılara yılda bir defa yapılır.

4. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, PSA; 41 yaş üzerindeki erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatı kullanımı listesi poliçenizin ekinde yer alan anlaşmalı kurumlarda bulunan Allianz Sigorta Aile Hekimlerince gerçekleştirilir. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatınızı kullanmak için [Aile Hekimleri Listesinden](#), evinize veya işyerinize en yakın olan kurumu seçmeniz ve randevu alarak, Aile Hekimi'ne gitmeniz yeterli olacaktır.

Ferdi Kaza Teminatı

Sigortalının kaza sonucu yaşamını kaybetmesi veya kaza sonucu sürekli sakat kalması halinde, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve poliçede belirtilen limitler dahilinde geçerlidir. Bu teminat, poliçede çocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Telemed24 Hizmet Ağı

Allianz Sigorta ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereğince, sigortalılarımızın kartlarını kullanarak veya Allianz Sigorta'dan provizyon alarak teminat limitleri ve yüzdeleri dahilinde ücret ödemediği hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane ve hekim muayenehaneleridir.

TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumları Anlaşmalı hekim muayenehaneleri dışında A ve B olmak üzere 2 kategoride tanımlanmıştır. A grubu kurumlar, B Grubu kurumlar da dahil olmak üzere, tüm anlaşmalı sağlık kurumlarını kapsamaktadır. B grubu kurumlar ise Allianz Sigorta'nın TELEMED24 hizmet ağına dahil Türkiye'de geçerli daha dar kapsamlı anlaşmalı sağlık kurumu grubudur.

- Multi Plan

MULTİ PLAN		
TEMİNATLAR	TEMİNAT LİMİTİ	TEMİNAT YÜZDESİ
› <u>Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı</u>	Limitsiz	%80 veya %100
› <u>Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatı</u>	10.000 USD - 75.000 USD Türkiye'de tedavisi olmayan durumlarda 300.000 USD	%80
› <u>Aile Planlaması *</u>	1. Yıl 2.000 TL 2. Yıldan İtibaren 2.000 TL - 3.500 TL 5.500 TL - 7.500 TL	%80 veya %100
› <u>Ayakta Tedavi Teminatları *</u>	› <u>Doktor**</u> 125 TL - 200 TL 300 TL - 400 TL › <u>İlac ***</u> 500 TL - 750 TL 1.000 TL - 1.250 TL › <u>Teshis</u> 750 TL - 1.000 TL 1.500 TL - 2.000 TL 2.500 TL › <u>Fizik Tedavi</u> 500 TL - 1.000 TL 1.500 TL	%80
› <u>Tamamlayıcı Limitsiz Ayakta Tedavi</u>	Limitsiz (10.000 TL'yi aşan harcamalarda)	%100
› <u>Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü</u>	Limitli	%100
› <u>Ferdi Kaza Teminatı</u>	Kaza Sonucu Yasam Kaybı 50.000 TL Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık 50.000 TL	Genel Şartlarda Tanımlanmıştır
› <u>Telemed24 Hizmet Ağı</u>	A Tipi Kurumlar	

* Belirtilen alternatifler arasından tercih yapılabilir.

** Anlaşmalı Hekim Muayenehane Sisteminin uygulanmadığı illerde Doktor Teminatı %100 alınabilir.

*** Ayakta Tedavi Teminatının seçilmesi durumunda ilaç teminatı tercihen dahil edilmeyebilir.

TEMİNATLAR

Sağlık Poliçe Primi Koruma Teminatı

Sigorta Ettirenin işsizlik ve/veya geçici iş göremezliği durumunda, vade tarihi riskin gerçekleştiği ay ve sonrasında olan prim taksitleri Özel Şartlarda belirtilen kapsam ve limitler doğrultusunda teminat altına alınmaktadır. Bu teminat sigorta ettirenin gerçek kişi ve 18 - 64 yaş arasında olduğu poliçeler için geçerlidir. Teminat kapsamına ilişkin detaylı açıklamalar Can Sağlığı Sigortası Özel Şartlarında yer almaktadır.

Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı

Bu teminat kapsamında, yurt içinde hastanede yattığınız süre boyunca yapılan yatak-yemek, refakatçi, doktor vizitesi, ilaç, teşhis yöntemleri giderleri, ameliyat ile ilgili giderler, yoğun bakım ve sarf edilen malzeme ve küçük müdahale giderleri, TELEMED24 ağına dahil ve bu teminat ile ilgili anlaşmalı sağlık kurumlarında, seçiminize göre %80 ya da %100 oranında ve limitsiz olarak karşılanır.

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde gerçekleşen ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri 2.500 TL limit ile teminat altına alınırken, ameliyat için zorunlu protezler (kalp kapakçığı vb) de Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Ürün özel şartlarında belirtilen kapsamdaki; tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel tıbbi malzemeler 750 TL limit ve %80 teminat yüzdesi ile Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Evde Hemşire Bakım Giderleri, yılda 8 hafta ile sınırlı olmak üzere Hastane Hizmetleri teminatının ödeme yüzdesi ile aynı oranda karşılanmaktadır.

Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatı

Yurt Dışındaki sağlık giderleriniz için limit, yıllık 10.000 USD ya da 75.000 USD'dir. Tedavinin Türkiye'de yapılamayacağı sağlık kurulu kararı ile belirlendiyse, bu limit yıllık 300.000 USD'ye yükselmektedir. Yurtdışındaki küçük müdahale giderleriniz için ise limit 1.000 USD'dir ve Yurtdışı Hastane Hizmetleri teminatı limiti dahilinde karşılanır. Yurt dışındaki tedavileriniz %80 oranında karşılanır.

Aile Planlaması Teminatı

Multi planın seçilmesi halinde otomatik olarak verilen 2.000 TL tutarındaki bu teminat limitini, isterseniz farklı bir prim ödeyerek ikinci yıldan itibaren 3.500 TL, 5.500 TL, 7.500 TL limitleri arasında tercih yapabilirsiniz. İkinci yıldan itibaren kullanılabilen bu teminatla, doğum ve hamilelik ile ilgili giderleriniz yıllık limitiniz dahilinde karşılanır.

Sık tekrarlanan (doğum kontrol hapsi, kondom vb.) aile planlanması yöntemleri teminat kapsamı dışındayken, sık tekrarlanmayan aile planlaması yöntemleri [kısırlaştırma (tüp ligasyonu ve vasktomisi), spiral uygulaması (spiral ücreti dahil), implanon vb.] poliçenizde yazılı Aile Planlaması Teminatı Yıllık Limitinin % 20'sine kadar ve yıl içinde bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır. Aile Planlaması teminatı kapsamındaki tüm giderler, bu teminatın bir önceki yılda seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır. Bu teminat poliçede çocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Aile Planlaması teminatının kullanılmasına hak kazanılması durumunda annenin doğum için hastaneye yatışından, bebeğin taburcu oluşuna kadar gerçekleşen bebeğe ait tüm sağlık giderleri, annenin kalan Aile Planlaması limiti ve teminat yüzdesi dahilinde karşılanır ve bebeğin doğum tarihinden itibaren iki ay içerisinde sağlık bilgilerinin beyan edilerek priminin ödenmesi halinde bebek "Allianz Sigorta Bebeği" haklarını kazanır. Allianz Sigorta Bebeğinin doğuştan gelen hastalık ve sakatlıkları teminat kapsamındadır. İlk yıl istisnaları bu çocuklar için uygulanmayacaktır.

Limitsiz Doğum Teminatı

Özel anlaşmalı sağlık kurumlarımızda hamileliğiniz nedeniyle gerçekleşecek kontrolleriniz, doğuma ilişkin giderleriniz ve doğacak bebeğinizin ilk muayenesi ile birlikte standart giderleri, Can Sağlığı poliçenizin Aile Planlaması teminatı kapsamında limitsiz olarak karşılanır. Doğumunuzu özel anlaşmalı sağlık kurumlarımızdan birinde gerçekleştirmeniz halinde, bebeğinizin doğum sonrası bakımı ile ilgili olarak bebek hemşiresi tarafından evde ziyaret edilirsiniz. Can Sağlığı Sigortası tarafından doğumu ödenen bebekler Allianz Bebeği olma ayrıcalığını yaşarlar.

Allianz Bebekleri; doğuştan gelebilecek rahatsızlıkları ile sigorta kapsamına alınır, poliçeleri devam ettiği sürece bu ayrıcalıktan yararlanır, tüm sağlık sigortalarında uygulanan ilk yıl istisnalarından da muaf tutulurlar.

Özel anlaşma yapılan sağlık kurumlarının kadrolu hekimleri tarafından gerçekleştirilen; hamilelik takibi (periyodik doktor muayeneleri, tetkikler) normal doğum, sezeryan, yeni doğan bebeğe ait standart giderler, limitsiz olarak özel şartlar

dahilinde karşılanır. Özel anlaşma yapılan sağlık kurumlarının dışında gerçekleşen hamilelik takibi ve doğum giderleri, poliçede belirtilen Aile Planlaması teminat limiti dahilinde karşılanmaktadır. Ancak takipler farklı bir kurumda yapılırsa dahi doğumun özel anlaşmalı kurumun kadrolu hekimi tarafından gerçekleştirildiği durumlarda, doğuma ait giderler limitsiz olarak özel şartlar dahilinde karşılanır.

Limitsiz Doğum uygulamasının geçerli olmadığı durumlar: Özel takip gerektiren gebelikler (çoğul gebelik, riskli gebelik, vb.), rutin gebelik testleri dışındaki testler (amniosentez, vb.), gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar (hiperemesis, preeklampsi, vb.), loğusalıkla ilgili giderler, doğum ve sezeryana ait her türlü komplikasyonlar ile bebeğe ait standart giderlerin dışındaki tüm giderleri (kuvöz bakımı, prematüre, fototerapi vb.) söz konusu olduğunda, bu durumların öncesi oluşan ve oluşacak tüm giderler, mevcut 7.500 TL limit dahilinde değerlendirilecektir.

Limitsiz Doğum için anlaşmalı hastane listesi aşağıda yer almaktadır:

- **KADIKÖY ŞİFA HASTANESİ**
Caferağa Mh. Sakız Sk. No: 7 Kadıköy-İstanbul Tel: (216) 449 22 22
- **KADIKÖY ŞİFA ATAŞEHİR**
Işıklar Cad. No: 37 Küçükbakkalköy-İstanbul Tel: (216) 577 16 00
- **KADIKÖY ŞİFA SUADIYE POLİKLİNİĞİ**
Bağdat Cad. Rama Apt. No: 481 D: 2-3 Suadiye-İstanbul Tel: (216) 445 22 22
- **MEDİCAL PARK BAHÇELİEVLER HASTANESİ**
Bahçelievler Mah. Kültür Sk. No:1 Bahçelievler-İstanbul Tel: (212) 444 44 84
- **ETHICA İNCİRLİ HASTANESİ**
Pelinli Sk. No: 14 Bakırköy-İstanbul Tel: (212) 466 40 40
- **ALMAN HASTANESİ**
Sıraselviler Cad. No:119 Taksim-İstanbul Tel: (212) 293 21 50
- **ÖZEL ADANA HASTANESİ**
Atatürk Cad. Belediye Karşısı No: 23 Seyhan-Adana Tel: (322) 459 22 22
- **PEMBEMAVİ KADIN HASTALIKLARI MERKEZİ**
Fatih Sulten Mehmet Bulv. No: 177 Bursa Tel: (224) 242 50 00
- **ÖZEL DORUK BURSA HASTANESİ**
Zübeyde Hanım Cad. No: 5 Çekirge-Bursa Tel: (224) 233 95 64
- **ÖZEL BAYINDIR KAVAKLIDERE HASTANESİ**
Atatürk Bulvarı No: 201 Kavaklıdere-Ankara Tel: (312) 428 08 08
- **ÖZEL BAYINDIR ANKARA HASTANESİ**
Kızılırmak Mah. 53 Cad. No: 17 Söğütözü-Ankara Tel: (312) 287 90 00
- **EGE SAĞLIK HASTANESİ**
1399 Sk. No: 25 Alsancak-İzmir Tel: (232) 463 77 00
- **DENİZLİ ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ**
Saraylar Mah. 492 Sk. No: 7 Denizli Tel: (258) 264 44 11
- **ÖZEL AN-DEVA HASTANESİ**
Tarım Mah. Aspendos Bulv. Perge Cad. Antalya Tel: (242) 322 60 60
- **MEDİCAL PARK HASTANESİ ANTALYA**
Fener Mah. Tekelioğlu Cad. No:7 Lara-Antalya Tel: (242) 314 34 34
- **JİNEFEM KADIN SAĞLIĞI MERKEZİ**
Yeşilbahçe M.Kasapoğlu Cad. Ayhan Kandam İş Mrk.

Ayakta Tedavi Teminatları

Doktor Muayene Teminatı

Multi planda, bu teminatın seçilmiş olması kaydıyla Doktor muayene giderleriniz, belirlediğiniz muayene başına limit ve yıllık muayene adedi (6 - 12 veya 20 kez) ve seçilen teminat yüzdesi dahilinde karşılanır.

Doktor muayene teminatı 125 TL, 200 TL, 300 TL veya 400 TL limitleri arasından tercih edilebilir.

Allianz Sigorta'nin anlaşmalı hekim muayenehanesi uygulaması başlattığı illerde, anlaşmalı hekimlerce yapılacak muayene giderleri, seçilen teminat yüzdesi %80 olsa bile, teminat limiti dahilinde %100'lü olarak karşılanır. Anlaşmalı hekim muayenehaneleri uygulamasının olmadığı illerde, doktor muayene giderleri seçilen teminat limiti ve yüzdesi dahilinde geçerlidir.

İlaç Teminatı

Multi planda bu teminatın seçilmiş olması kaydıyla, doktor reçetesinde belirtilen ilaç ve koruyucu aşı giderleriniz belirlediğiniz yıllık limitle %80'li olarak karşılanır.

Teşhis Yöntemleri Teminatı

Multi planda bu teminatın seçilmiş olması kaydıyla, doktorunuzun gerekli gördüğü tahlil, röntgen, ultrasonografi, tomografi, MR gibi poliçe özel şartlarında detayı belirtilen teşhis yöntemleri giderleri, belirlediğiniz yıllık limitle %80'li olarak güvence altına alınır.

Fizik Tedavi Teminatı

Bu teminat sadece seçilmiş olması kaydıyla Multi planda geçerlidir. Diğer planlarda poliçede belirtilen limit dahilinde kullanılmaktadır.

Tamamlayıcı Limitsiz Ayakta Tedavi Teminatı

Bu teminat Multi planı seçen herkese, prim alınmaksızın Yurt İçi Hastane Hizmetleri paketine ek olarak verilmektedir. Doktor Muayene, İlaç, Teşhis Yöntemleri giderlerinin yıl içinde 10.000 TL'sini aşması durumunda, aşan bu kapsamdaki Türkiye'de yapılan tüm ayakta tedavi giderleri, sigorta yılı sonuna kadar limitsiz ve %100'lü olarak karşılanır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü

Can Sağlığı poliçesi planlarında, ücretsiz olarak verilen bu teminat, koruyucu sağlık hizmetini amaçlayan, yaş ve cinsiyete göre değişen anlaşmalı aile hekimi muayene ve tetkik giderlerini yıllık limit dahilinde kapsamaktadır. Yaş ve cinsiyete göre farklılaşan işlemler:

Aile Hekimi muayenesi: Tüm yaş gruplarında yılda üç defa ile sınırlıdır.

Tetkikler:

1. Hemogram, Sedimentasyon, Tam İdrar tahlili, 0-18 yaş arasındaki çocuk

kapsamındaki sigortalılara yılda bir defa yapılır.

2. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Sekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, EKG, PA AC Grafi; 19-40 yaş arasındaki kadın ve erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.

3. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, Mammografi; 41 yaş üzerindeki kadın sigortalılara yılda bir defa yapılır.

4. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, PSA; 41 yaş üzerindeki erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatı kullanımı listesi poliçenizin ekinde yer alan anlaşmalı kurumlarda bulunan Allianz Sigorta Aile Hekimlerince gerçekleştirilir. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatınızı kullanmak için [Aile Hekimleri Listesinden](#), evinize veya işyerinize en yakın olan kurumu seçmeniz ve randevu alarak, Aile Hekimi'ne gitmeniz yeterli olacaktır.

Ferdi Kaza Teminatı

Sigortalının kaza sonucu yaşamını kaybetmesi veya kaza sonucu sürekli sakat kalması halinde, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve poliçede belirtilen limitler dahilinde geçerlidir. Bu teminat, poliçede çocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Telemed24 Hizmet Ağı

Allianz Sigorta ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereğince, sigortalılarımızın kartlarını kullanarak veya Allianz Sigorta'dan provizyon olarak teminat limitleri ve yüzdeleri dahilinde ücret ödmeden hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane ve hekim muayenehaneleridir.

TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumları Anlaşmalı hekim muayenehaneleri dışında A ve B olmak üzere 2 kategoride tanımlanmıştır. A grubu kurumlar, B Grubu kurumlar da dahil olmak üzere, tüm anlaşmalı sağlık kurumlarını kapsamaktadır. B grubu kurumlar ise Allianz Sigortanın TELEMED24 hizmet ağına dahil Türkiye'de geçerli daha dar kapsamlı anlaşmalı sağlık kurumu grubudur.

- Ekstra Plan

Ekstra Plan, sağlık risklerini yüksek teminatlarla güvence altına alan, Can Sağlığı Sigortası'nın en geniş kapsamlı planı.

EKSTRA PLAN		
TEMİNATLAR	TEMİNAT LİMİTİ	TEMİNAT YÜZDESİ
› <u>Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı</u>	Limitsiz	%80 veya %100
› <u>Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatı</u>	10.000 USD - 75.000 USD Türkiye'de tedavisi olmayan durumlarda 300.000 USD	%80
› <u>Aile Planlaması *</u>	1. Yıl 2.000 TL 2. Yılden itibaren 2.000 TL - 3.500 TL 5.500 TL - 7.500 TL	%80 veya %100
› <u>Ayakta Tedavi Teminatları *</u>	1. Seçenek Limitsiz	%80
	2. Seçenek 7.000 TL › <u>Tamamlayıcı Limitsiz Ayakta Tedavi Teminatı</u> (10.000 TL'yi aşan harcamalarda Limitsiz)	%100
› <u>Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü</u>	Limitli	%100
› <u>Ferdi Kaza Teminatı Kontrolü</u>	Kaza Sonucu Yaşam Kaybı 75.000 TL Kaza Sonucu Sürekli Sakatlık 75.000 TL	%100
› <u>Telemed24 Hizmet Ağı</u>	A Tipi Kurumlar	

* Belirtilen alternatifler arasından tercih yapılabilir.

TEMİNATLAR

Sağlık Poliçe Primi Koruma Teminatı

Sigorta Ettirenin işsizlik ve/veya geçici iş göremezliği durumunda, vade tarihi riskin gerçekleştiği ay ve sonrasında olan prim taksitleri zel Şartlarda belirtilen kapsam ve limitler doğrultusunda teminat altına alınmaktadır. Bu teminat sigorta ettirenin gerçek kişi ve 18 - 64 yaş arasında olduğu poliçeler için geçerlidir. Teminat kapsamına ilişkin detaylı açıklamalar Can Sağlığı Sigortası zel Şartlarında yer almaktadır.

Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı

Bu teminat kapsamında, yurt içinde hastanede yattığınız süre boyunca yapılan yatak-yemek, refakatçi, doktor vizitesi, ilaç, teşhis yöntemleri giderleri, ameliyat ile ilgili giderler, yoğun bakım ve sarf edilen malzeme ve küçük müdahale giderleri, TELEMED24 ağına dahil ve bu teminat ile ilgili anlaşmalı sağlık kurumlarında, seçiminize göre %80 ya da %100 oranında ve limitsiz olarak karşılanır.

Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde gerçekleşen ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri 2.500 TL limit ile teminat altına alınırken, ameliyat için zorunlu protezler (kalp kapakçığı vb) de Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Ürün özel şartlarında belirtilen kapsamdaki; tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel tıbbi malzemeler 1.000 TL limit ve seçilen plana bağlı olarak %80 veya %100 teminat yüzdesi ile Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı'ndan karşılanmaktadır.

Evde Hemşire Bakım Giderleri, yılda 8 hafta ile sınırlı olmak üzere Hastane Hizmetleri teminatının ödeme yüzdesi ile aynı oranda karşılanmaktadır.

Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatı

Yurt Dışındaki sağlık giderleriniz için limit, yıllık 10.000 USD ya da 75.000 USD'dir. Tedavinin Türkiye'de yapılamayacağı sağlık kurulu kararı ile belirlendiyse, bu limit yıllık 300.000 USD'ye yükselmektedir. Yurtdışındaki küçük müdahale giderleriniz için ise limit 1.000 USD'dir ve Yurtdışı Hastane Hizmetleri teminatı limiti dahilinde karşılanır. Yurt dışındaki tedavileriniz %80 oranında karşılanır.

Aile Planlaması Teminatı

Ekstra planın seçilmesi halinde otomatik olarak verilen 2.000 TL tutarındaki bu teminat limitini, isterseniz farklı bir prim ödeyerek ikinci yıldan itibaren 3.500 TL, 5.500 TL, 7.500 TL limitleri arasında bir tutara yükseltebilirsiniz. İkinci yıldan itibaren kullanılabilen bu teminatla, doğum ve hamilelik ile ilgili giderleriniz yıllık limitiniz dahilinde karşılanır.

Sık tekrarlanan (doğum kontrol hapı, kondom vb.) aile planlaması yöntemleri teminat kapsamı dışındayken, sık tekrarlanmayan aile planlaması yöntemleri [kısırlaştırma (tüp ligasyonu ve vasktom), spiral uygulaması (spiral ücreti dahil), implanon vb.] poliçenizde yazılı Aile Planlaması Teminatı Yıllık Limitinin % 20'sine kadar ve yıl içinde bir defaya mahsus olmak üzere karşılanır. Aile Planlaması teminatı kapsamındaki tüm giderler, bu teminatın bir önceki yılda seçilmesi kaydıyla geçerli olup, teminata ilişkin giderler seçildiği ilk yıl kapsam dışındadır. Bu teminat poliçede çocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Aile Planlaması teminatının kullanılmasına hak kazanılması durumunda annenin

doğum için hastaneye yatışından, bebeğin taburcu oluşuna kadar gerçekleşen bebeğe ait tüm sağlık giderleri, annenin kalan Aile Planlaması limiti ve teminat yüzdesi dahilinde karşılanır ve bebeğin hastaneden çıkışını takip eden 30 gün içerisinde sağlık bilgilerinin beyan edilerek priminin ödenmesi halinde bebek "Allianz Sigorta Bebeği" haklarını kazanır. Allianz Sigorta Bebeğinin doğuştan gelen hastalık ve sakatlıkları teminat kapsamındadır. İlk yıl istisnaları bu çocuklar için uygulanmayacaktır.

Limitsiz Doğum Teminatı

Özel anlaşmalı sağlık kurumlarımızda hamileliğiniz nedeniyle gerçekleşecek kontrolleriniz, doğuma ilişkin giderleriniz ve doğacak bebeğinizin ilk muayenesi ile birlikte standart giderleri, Can Sağlığı poliçenizin Aile Planlaması teminatı kapsamında limitsiz olarak karşılanır. Doğumunuzu özel anlaşmalı sağlık kurumlarımızdan birinde gerçekleştirmeniz halinde, bebeğinizin doğum sonrası bakımı ile ilgili olarak bebek hemşiresi tarafından evde ziyaret edilirsiniz. Can Sağlığı Sigortası tarafından doğumu ödenen bebekler Allianz Bebeği olma ayrıcalığına yaşarlar.

Allianz Bebekleri; doğuştan gelebilecek rahatsızlıkları ile sigorta kapsamına alınır, poliçeleri devam ettiği sürece bu ayrıcalıktan yararlanır, tüm sağlık sigortalarında uygulanan ilk yıl istisnalarından da muaf tutulurlar.

Özel anlaşma yapılan sağlık kurumlarının kadrolu hekimleri tarafından gerçekleştirilen; hamilelik takibi (periyodik doktor muayeneleri, tetkikler) normal doğum, sezeryan, yeni doğan bebeğe ait standart giderler, limitsiz olarak özel şartlar dahilinde karşılanır. Özel anlaşma yapılan sağlık kurumlarının dışında gerçekleşen hamilelik takibi ve doğum giderleri, poliçede belirtilen Aile Planlaması teminat limiti dahilinde karşılanmaktadır. Ancak takipler farklı bir kurumda yapılırsa dahi doğumun özel anlaşmalı kurumun kadrolu hekimi tarafından gerçekleştirildiği durumlarda, doğuma ait giderler limitsiz olarak özel şartlar dahilinde karşılanır.

Limitsiz Doğum uygulamasının geçerli olmadığı durumlar: Özel takip gerektiren gebelikler (çoğul gebelik, riskli gebelik, vb.), rutin gebelik testleri dışındaki testler (amniosentez, vb.), gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyonlar (hiperemesis, preeklampsi, vb.), loğusalıkla ilgili giderler, doğum ve sezeryana ait her türlü komplikasyonlar ile bebeğe ait standart giderlerin dışındaki tüm giderleri (kuvöz bakımı, prematüre, fototerapi vb.) söz konusu olduğunda, bu durumların öncesi oluşan ve oluşacak tüm giderler, mevcut 7.500 TL limit dahilinde değerlendirilecektir.

Limitsiz Doğum için anlaşmalı hastane listesi aşağıda yer almaktadır:

- **KADIKÖY ŞİFA HASTANESİ**
Caferağa Mh. Sakız Sk. No: 7 Kadıköy-İstanbul Tel: (216) 449 22 22
- **KADIKÖY ŞİFA ATAŞEHİR**
Işıklar Cad. No: 37 Küçükbakkalköy-İstanbul Tel: (216) 577 16 00
- **KADIKÖY ŞİFA SUADIYE POLİKLİNİĞİ**
Bağdat Cad. Rama Apt. No: 481 D: 2-3 Suadiye-İstanbul Tel: (216) 445 22 22
- **MEDICAL PARK BAHÇELİEVLER HASTANESİ**
Bahçelievler Mah. Kültür Sk. No:1 Bahçelievler-İstanbul Tel: (212) 444 44 84
- **ETHICA İNCİRLİ HASTANESİ**
Pelinli Sk. No: 14 Bakırköy-İstanbul Tel: (212) 466 40 40
- **ALMAN HASTANESİ**
Sıraselviler Cad. No:119 Taksim-İstanbul Tel: (212) 293 21 50
- **ÖZEL ADANA HASTANESİ**
Atatürk Cad. Belediye Karşısı No: 23 Seyhan-Adana Tel: (322) 459 22 22
- **PEMBEMAVİ KADIN HASTALIKLARI MERKEZİ**
Fatih Sulten Mehmet Bulv. No: 177 Bursa Tel: (224) 242 50 00
- **ÖZEL DORUK BURSA HASTANESİ**
Zübeyde Hanım Cad. No: 5 Çekirge-Bursa Tel: (224) 233 95 64
- **ÖZEL BAYINDIR KAVAKLIDERE HASTANESİ**
Atatürk Bulvarı No: 201 Kavaklıdere-Ankara Tel: (312) 428 08 08
- **ÖZEL BAYINDIR ANKARA HASTANESİ**
Kızıllırmak Mah. 53 Cad. No: 17 Söğütözü-Ankara Tel: (312) 287 90 00
- **EGE SAĞLIK HASTANESİ**
1399 Sk. No: 25 Alsancak-İzmir Tel: (232) 463 77 00
- **DENİZLİ ÖZEL SAĞLIK HASTANESİ**
Saraylar Mah. 492 Sk. No: 7 Denizli Tel: (258) 264 44 11
- **ÖZEL AN-DEVA HASTANESİ**
Tarım Mah. Aspendos Bulv. Perge Cad. Antalya Tel: (242) 322 60 60
- **MEDICAL PARK HASTANESİ ANTALYA**
Fener Mah. Tekelioğlu Cad. No:7 Lara-Antalya Tel: (242) 314 34 34
- **JİNEFEM KADIN SAĞLIĞI MERKEZİ**
Yeşilbahçe M.Kasapoğlu Cad. Ayhan Kandam İş Mrk.

Ayakta Tedavi Paketi

Bu teminat, 2 seçenekten oluşmaktadır. 1. seçenek, limitsiz, %80 teminat yüzdesi ile; 2. seçenek, yıllık 7.000 TL limitli, %100 teminat yüzdesi ile, dış tedavi ve aile hekimliği haricindeki tüm ayakta tedavi teminatlarını bir arada sunmaktadır. Doktor muayene, ilaç, koruyucu aşı giderleri, teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen tahlil, röntgen, ürografi, ultrasonografi, sintigrafi, tomografi vb giderler ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri Ayakta Tedavi Paketi yıllık limiti dahilindedir. Ayakta ve yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın fizik tedavi giderleri 1.400 TL limit ile teminat altına alınmıştır.

Anlaşmalı Hekim muayenehanesi uygulaması başlatılan illerde, anlaşmalı hekimlerce yapılacak muayene giderleri, policedeki teminat yüzdesinden bağımsız olarak %100'lü olarak teminat limiti dahilinde karşılanır.

Diş muayenesi, diş çekimi, dolgu, porselen köprü, dişeti temizliği vb. işlemler ile diş

ve çene cerrahlarının yaptığı her türlü operasyon, diş hekimlerinin yazdığı reçeteler, diş teminatının seçilmiş olması kaydıyla, poliçe priminin %30'una kadar belirlenen yıllık limit dahilinde, %80 teminat yüzdesi ile karşılanır.

Tamamlayıcı Limitsiz Ayakta Tedavi Teminatı

Bu teminat Ekstra Plan, yıllık 7.000 TL limitli, %100 teminat yüzdeli 2. seçeneği tercih eden herkese, prim alınmaksızın Yurt İçi Hastane Hizmetleri Paketine ek olarak verilmektedir. Ayakta Tedavi Paketi teminatları kapsamında yer alan Doktor Muayene, İlaç, Teşhis Yöntemleri giderlerinin yıl içinde 10.000 TL'sini aşması durumunda, aşan bu kapsamdaki Türkiye'de yapılan tüm ayakta tedavi giderleri sigorta yılı sonuna kadar limitsiz ve %100'lü olarak karşılanır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü

Can Sağlığı poliçesi planlarında, ücretsiz olarak verilen bu teminat, koruyucu sağlık hizmetini amaçlayan, yaş ve cinsiyete göre değişen anlaşmalı aile hekimi muayene ve tetkik giderlerini yıllık limit dahilinde kapsamaktadır. Yaş ve cinsiyete göre farklılaşan işlemler:

Aile Hekimi muayenesi: Tüm yaş gruplarında yılda üç defa ile sınırlıdır.

Tetkikler:

1. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, 0-18 yaş arasındaki çocuk kapsamındaki sigortalılara yılda bir defa yapılır.
2. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, EKG, PA AC Grafi; 19-40 yaş arasındaki kadın ve erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.
3. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, Mammografi; 41 yaş üzerindeki kadın sigortalılara yılda bir defa yapılır.
4. Hemogram, Sedimantasyon, Tam İdrar tahlili, Açlık Kan Şekeri, Total Kolesterol, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol, Kreatinin, SGOT, SGPT, Ürik asit, EKG, PA AC Grafi, PSA; 41 yaş üzerindeki erkek sigortalılara yılda bir defa yapılır.

Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatı kullanımı listesi poliçenizin ekinde yer alan anlaşmalı kurumlarda bulunan Allianz Sigorta Aile Hekimlerince gerçekleştirilir. Aile Hekimliği ve Genel Sağlık Kontrolü teminatınızı kullanmak için [Aile Hekimleri Listesinden](#), evinize veya işyerinize en yakın olan kurumu seçmeniz ve randevu alarak, Aile Hekimi'ne gitmeniz yeterli olacaktır.

Ferdi Kaza Teminatı

Sigortalının kaza sonucu yaşamını kaybetmesi veya kaza sonucu sürekli sakat kalması halinde, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve poliçede

belirtilen limitler dahilinde geçerlidir. Bu teminat, poliçede çocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Telemed24 Hizmet Ağı

Allianz Sigorta ile anlaşmalı olan ve bu anlaşma gereğince, sigortalılarımızın kartlarını kullanarak veya Allianz Sigorta'dan provizyon alarak teminat limitleri ve yüzdeleri dahilinde ücret ödmeden hizmet alabildikleri hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane ve hekim muayenehaneleridir.

TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumları anlaşmalı hekim muayenehaneleri dışında A ve B olmak üzere 2 kategoride tanımlanmıştır. A grubu kurumlar, B Grubu kurumlar da dahil olmak üzere, tüm anlaşmalı sağlık kurumlarını kapsamaktadır. B grubu kurumlar ise Allianz Sigortanın TELEMED24 hizmet ağına dahil Türkiye'de geçerli daha dar kapsamlı anlaşmalı sağlık kurumu grubudur.

- Plan Karşılaştırma Tablosu

PLAN KARŞILAŞTIRMA TABLOSU							
PLAN	YATARAK TEDAVİ	AYAKTA TEDAVİ	YURTDIŞI YATARAK TEDAVİ	AİLE PLANLAMASI***	KAZA SONUCU SÜREKLİ SAKATLIK KAZA SONUCU YAŞAM KAYBI **	AİLE HEKİMLİĞİ	*HASTANE GRUBU
► Standart Plan	Limitsiz %100 veya %80 Ameliyat Öncesi Teşhis ve Tedavi: 750 TL	-	-	-	30.000 TL	Limitli %100	A
► Eko Plan	Limitsiz %100 veya %80	2.500 TL %80 - Paket	-	-	50.000 TL	Limitli %100	B
► Multi Plan	Limitsiz %100 veya %80	Doktor, ilaç, Teşhis ve Fizik Tedavi Teminatları ihtiyaca göre belli limitler aralığında tercih edilebilir. (Tamamlayıcı Limitsiz Ayakta Tedavi Teminatı**)	Yıllık 10.000 USD - 75.000 USD %80 Türkiye'de tedavisi mümkün olmayan durumlar için 300.000 USD - %80 USD	2.000 TL %100 veya %80 veya 3.500 TL, 5.500 TL ve 7.500 TL olarak tercih edilebilir %100 veya %80	50.000 TL	Limitli %100	A
► Ekstra Plan	Limitsiz %100 veya %80	I.Alternatif 7.000 TL- %100 (Tamamlayıcı Limitsiz Ayakta Tedavi Teminatı veya II.Alternatif Limitsiz - %80 Paket	Yıllık 10.000 USD - 75.000 USD %80 Türkiye'de tedavisi mümkün olmayan durumlar için 300.000 USD - %80	2.000 TL %100 veya %80 veya 3.500 TL, 5.500 TL ve 7.500 TL olarak tercih edilebilir %100 veya %80	75.000 TL	Limitli %100	A

Tabloda belirtilen bölümlerde, %80 teminat yüzdesinin seçilmesi durumunda, oluşabilecek sağlık giderlerinin belirlenmiş limitler dahilinde %80'i Yapı Kredi Sigorta tarafından karşılanır.

Ürün ve planlar arası geçişlerde Yapı Kredi Risk Kabul Yönetmeliği gereğince değerlendirme yapılmaktadır.

SAĞLIK POLİÇE PRİMİ KORUMA TEMİNATI: Sigorta ettirenin işsizlik ve/veya geçici iş göremezliği durumunda, vade tarihi riskin gerçekleştiği ay ve sonrasında olan prim taksitleri Özel Şartlarda belirtilen kapsam ve limitler doğrultusunda teminat

altına alınmaktadır. Bu teminat sigorta ettirenin gerçek kişi ve 18 - 64 yaş arasında olduğu poliçeler için geçerlidir. Teminat kapsamına ilişkin detaylı açıklamalar Can Sağlığı Sigortası zel Şartlarında yer almaktadır.

* TELEMED24 hizmet ağındaki sağlık kurumları anlaşmalı hekim muayenehaneleri dışında A ve B olmak üzere 2 kategoride tanımlanmıştır. A grubu kurumlar, B Grubu kurumlar da dahil olmak üzere, tüm anlaşmalı sağlık kurumlarını kapsamaktadır. B grubu kurumlar ise Yapi Kredi Sigortanın TELEMED24 hizmet ağına dahil Türkiye'de geçerli daha dar kapsamlı anlaşmalı sağlık kurumu grubudur.

** Tamamlayıcı Limitsiz Ayakta Tedavi Teminatı: Ayakta tedavi giderlerinin(Fizik Tedavi hariç) yıl içinde 10.000 TL'yi aşması durumunda , aşan bu kapsamdaki Türkiye'de yapılan tüm ayakta tedavi giderlerini, sigorta yıl sonuna kadar limitsiz ve %100'l karşılar.

*** Bu teminat poliçede ocuk kapsamında olan kişiler için geçerli değildir.

Genel ve zel Şartlar

Genel ve zel Şartlar için [tıklayınız](#).

WIP Sağlık

Sağlığınızla ilgilenen koca bir dünya ister misiniz?

WorldCare Insurance Plan ile Allianz Sigorta, yurt dışında veya yurt içinde gerçekleşen sağlık giderlerinizi, geniş limitlerle teminat altına almaktadır. Uygun bir plan seçilmiş ise, ABD / Kanada dışında tüm dünyada gerçekleşen yatarak tedavi giderleriniz limitsiz karşılanırken, ABD ve Kanada'da gerçekleşen yatarak tedavi giderleriniz de, tercihinize bağlı olarak, limitli karşılanır.

WIP Sağlık				
PLANLAR	AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI		YATARAK TEDAVİ TEMİNATLARI	
	ABD / Kanada Dışında	ABD / Kanada'da	ABD / Kanada Dışında	ABD / Kanada'da *
1A	-	-	Limitsiz	-
1B	-	-	Limitsiz	Yıllık Limit 250.000 USD
1C	-	-	Limitsiz	Yıllık Limit 1.000.000 USD
2A	Yıllık Limit 10.000 USD	-	Limitsiz	-
2B	Yıllık Limit 10.000 USD	1.000 USD **	Limitsiz	Yıllık Limit 250.000 USD
2C	Yıllık Limit 10.000 USD	1.000 USD **	Limitsiz	Yıllık Limit 1.000.000 USD

Ayakta tedavi teminatı kapsamında gerçekleşen giderlerde işlem başına muafiyet 25 USD'dir. Yatarak Tedavi teminatında ise sigortalı tarafından tercih edilmiş ise yıllık muafiyet uygulanabilmektedir.

* ABD ve Kanada'da gerçekleşen her bir giderin %25'i sigortalı tarafından karşılanır. Bu giderler poliçe başına 60.000 USD'yi aştığında aşan kısım %100'l olarak Allianz Sigorta tarafından karşılanır.

** ABD ve Kanada'da sadece resmi kurumlarca düzenlenen tutanakla belgelenmiş kaza hallerinde ve enfeksiyonel hastalıklarda ayakta tedaviler yıllık 1.000 USD'ye kadar teminat altına alınır. (Ayakta Tedavi kapsamında, tüm dünyada olduğu gibi, ABD ve Kanada'da gerçekleşen giderlerde de işlem başına 25 USD muafiyet uygulanmaktadır.)

Yatarak Tedavi Teminatı

Sağlığınızla ilgilenen koca bir dünya ister misiniz? WorldCare Insurance Plan ile Allianz Sigorta, yurt dışında veya yurt içinde gerçekleşen sağlık giderlerinizi, geniş limitlerle teminat altına almaktadır. Uygun bir plan seçilmiş ise, ABD / Kanada dışında tüm dünyada gerçekleşen yatarak tedavi giderleriniz limitsiz karşılanırken, ABD ve Kanada'da gerçekleşen yatarak tedavi giderleriniz de, tercihinize bağlı olarak, limitli karşılanır.

Hastane Hizmetleri ve Tedavi Teminatı

Hastanede yatarak gerçekleşen tedavileriniz sırasında oluşan oda, refakatçi, yemek, hemşire, teşhis yöntemleri, ameliyat, yoğun bakım, doktor, anestezi, ilaç, malzeme v.b. giderleri güvence altına alır. ABD/ KANADA dışında her yerde limitsiz, ABD/ KANADA' da ise seçilen PLANA bağlı olarak limitlidir.

Organ Nakli Teminatı

Böbrek, kalp, kemik iliği, kornea nakli, karaciğer nakline ait ameliyat giderleri yıllık limitiniz dahilinde karşılanır. Bu teminat için yıllık limit, yatarak tedavi limitini aşmaması şartıyla 200.000 USD'dir.

Hastane Öncesi Teşhis Hizmetleri Teminatı

Hastanede yatarak tedavinin gerekli olduğu durumlarda, her farklı hastalık için hastaneye yatış tarihinden 60 gün öncesine kadar uygulanan teşhis yöntemleri ve tahlil giderlerinizi güvence altına alır. (ABD ve Kanada'da geçerli değildir.)

Hastane Sonrası Tedavi Teminatı

Hastaneden taburcu olduktan sonra hastaneye yatış nedeniyle ilgili devam eden ayakta tedavilerinizi (doktor, ilaç, teşhis yöntemleri), taburcu olduğunuz tarihten itibaren 60 gün boyunca karşılar. (ABD ve Kanada'da geçerli değildir.) Allianz Sigorta tarafından karşılanan kaza veya hastalığa ilişkin ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içinde başlayan ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikte olan fizik tedavi giderleri yıllık 2.500 TL ile sınırlıdır.

Hastane Sonrası Evde Hemşire Bakımı Teminatı

Hastaneden taburcu olduktan sonra doktor evinizde bir hemşire tarafından bakılmanızı gerekli görürse ve Allianz Sigorta tarafından onaylanması koşuluyla, masraflarınız bu teminat kapsamında karşılanır. Bu teminat sigorta yılı içinde 30 gün ve günlük maksimum 200 USD ile sınırlıdır.

Yerel Ambulans Hizmeti Tıbben gerekli durumlarda karayoluyla en yakın sağlık kuruluşuna ulaştırılma giderlerinizi güvence altına alır.

Acil Tıbbi Nakil Teminatı Ciddi sağlık durumlarında, Allianz Sigortalısının tıbbi bakımının sağlanabileceği en yakın hastaneye hava veya kara yoluyla naklini içerir.

Uluslararası İşbirliği

Yurt dışında rahatsızlanmanız durumunda; (+ 90 212) 336 0 707 numaralı telefonda Asistans'ın Firmayı arayarak en uygun sağlık kurumuna ulaştırılmanız konusunda gerekli desteği alabilirsiniz.

Cenazenin Yurda Getirilmesi ya da Bulunduğu Bölgede Defni Teminatı

Kendi vatanından uzakta vefat etmiş sigortalının cenazesinin hazırlanarak hava yolu ile vatanına nakli veya bulunduğu yerde defnedilmesi giderlerini 10.000 USD limit dahilinde güvenceye alır.

Ayakta Tedavi Teminatı

Sağlığınıza ilgilenen koca bir dünya ister misiniz? WorldCare Insurance Plan ile Allianz Sigorta, yurt dışında veya yurt içinde gerçekleşen sağlık giderlerinizi, geniş limitlerle teminat altına almaktadır. Uygun bir plan seçilmiş ise, ABD / Kanada dışında tüm dünyada gerçekleşen yatarak tedavi giderleriniz limitsiz karşılanırken, ABD ve Kanada'da gerçekleşen yatarak tedavi giderleriniz de, tercihinize bağlı olarak, limitli karşılanır.

Pratisyen Doktor Hizmetleri

Pratisyen doktor tarafından ya da onun yönetiminde ayakta verilen muayene ve hizmetlerdir. Türk Tabipleri Birliği görüşü doğrultusunda, ilk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler kontrol muayenesi olup ücret talep edilmemesi gerekmektedir.

Uzman Doktor Hizmetleri

Uzman ya da danışman doktor tarafından ya da onun yönetiminde ayakta verilen muayene ve hizmetlerdir. Klinik branş hekimlerinin muayene sırasındaki ultrason incelemeleri giderleri, bu teminattan limitler dahilinde, ultrason çıktısı aslı veya doktor raporu olması kaydıyla karşılanır.

Laboratuvar ve Röntgen Hizmetleri

Doktor tarafından ya da onun sevgiyle bir tıbbi durumu teşhis, tetkik ya da tedavi amacıyla yapılan laboratuvar, test, radyolojik tetkikler ve nükleer tıp uygulamalarıdır. Herhangi bir acil sağlık durumu olmaksızın, hastanede yatarak da olsa yaptıracağınız tanı işlemleri bu teminat kapsamında değerlendirilmektedir.

Reçeteli İlaç

Sigortalılarımızın hastane dışındaki tedavisi için doktor tarafından reçeteyle önerilmiş ilaçlar ve koruyucu aşılardır. Kemoterapi ve diyaliz tedavisi sonrası gelişen derin anemileri düzeltme amaçlı kullanılan eritropoetin (eprex vb) özelliikli ilaçlar da bu teminat kapsamındadır.

Fizik Tedavi

Hastane Hizmetleri ve Tedavi teminatında tanımlanan ameliyat ve yoğun bakım sonrasında gerekli olan fizik tedaviler dışındaki fizik tedaviler poliçe yılı içinde 15 seansa kadar Ayakta Tedavi Teminat Grubu dahilinde karşılanır.

Uluslararası İşbirliği

Yurt dışında rahatsızlanmanız durumunda; (+ 90 212) 336 0 707 numaralı telefondan Asistans'ın Firmayı arayarak en uygun sağlık kurumuna ulaştırılmanız konusunda gerekli desteği alabilirsiniz.

Genel ve Özel Şartlar

Genel ve Özel Şartlar için [tıklayınız](#).

ÖZEL ŞARTLAR

Dinamik Sağlık Sigortası Özel Şartlar

Allianz Sigorta AŞ. ("Allianz") aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar"), ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği çerçevesinde, Sigortalı ve/veya Sigortalı'ların, "Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ne göre poliçe ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'ni ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme oranları dahilinde karşılar.

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

1. TANIMLAR

1.1. DOKTOR

Poliçe teminatlarının geçerli olduğu ülke/ülkelerin kanunları ile tıp san'atını icra etmeye yetkili kılınmış kimsedir.

1.2. HASTALIK

SİGORTALI'nın, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir DOKTOR tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

1.3. RAHATSIZLIK

Ergin bir insanın DOKTOR'a başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

POLİÇE'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü RAHATSIZLIK veya HASTALIK'tır.

1.5. TIBBİ GEREKLİLİK

YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması kaydıyla, uygulanacak tıbbi hizmet veya gerecin, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/veya tedavisi için gerekli ve etkili olmasıdır. Bir DOKTOR tarafından uygulanmış olması, tek başına TIBBİ GEREKLİLİK anlamı taşımaz.

1.6. DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

SİGORTALI'ya 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 veya herhangi bir RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol(check-up) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7. SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve POLİÇE süresi dahilinde RİSK ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan, DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (istem, REÇETE) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

1.8. SAĞLIK KURUMU

Özel kanunları uyarınca TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

1.8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Yapılacak tıbbi işlemler öncesinde YETKİLİ DOKTOR ve/veya SİGORTACI'dan onay almaları şartıyla, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve poliçe özel şartlarının ayrılmaz bir parçası olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu DOKTOR'ları kapsamaktadır.

1.8.2. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunmayan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen DOKTOR'lar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu vasıflarına haiz olmakla birlikte, SAĞLIK GİDERİ'nin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan kişileri kapsamaktadır.

1.9. DOĞRUDAN ÖDEME

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirttiği teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödenmesidir.

1.9.1 PROVİZYON / E-PROVİZYON

SİGORTACI'dan, tahakkuk sırasında nihai olarak değerlendirme hakkı saklı kalmak koşulu ile onay bekleyen tazminat taleplerini ifade etmektedir. E-PROVİZYON/PROVİZYON sırasında verilen ön onay, SİGORTACI'nın TAHAKKUK safhasında tazminat talebini değerlendirerek gerek teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir. Allianz'ın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi esas olacaktır.

1.9.2 TAHAKKUK

SİGORTACI'nın gelen tazminat talebini, önceden PROVİZYON/E-PROVİZYON alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, Poliçe Teminat ve Limitleri, Poliçe Genel ve Özel Şartları dahilinde değerlendirerek, SAĞLIK KURUM'larına ve/veya SİGORTALI/SİGORTALILAR'a ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verdiği nihai safhayı ifade eder.

1.10. SONRADAN ÖDEME

SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınmaksızın SAĞLIK GİDERİ'nin SİGORTALI tarafından önce SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir.

1.11. PRİM

1.11.1 TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Dinamik Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık ve varsa Ferdi Kaza ile Hayat Primi toplamını gösteren baz primi ifade eder.

1.11.2. SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Dinamik Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık baz primini ifade eder.

Sağlık tarife primi, seçilen ürün ve plan tipine, poliçede geçerli olan anlaşmalı sağlık kurumlarına, sigortalının yaş, cinsiyet, ikametgah adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Şirket tarife primini periyodik aralıklar ile 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.

1.11.3. SAĞLIK PRİMİ

Tarife Primi üzerine, her bir sigortalı için varsa Hastalık Sürprimi, Tazminat Sürprimi ilave edilmiş prim tutarıdır.

1.11.4. NET SAĞLIK PRİMİ

SAĞLIK PRİMİ üzerine iş bu poliçe özel şartları kapsamında hak edilen tüm indirimler uygulandıktan sonra elde edilen prim tutarıdır. Tazminat / Prim oranı hesaplamasında bu prim kullanılır .

1.11.5 POLİÇE PRİMİ

Net Sağlık Primi üzerine, verilmiş ise poliçe üzerinde belirtilen Ferdi Kaza ve/veya Hayat Primi ile bu ek teminatlara ait vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan SİGORTA ETTİREN'in ödemekle yükümlü olduğu Sağlık Sigortası Sözleşme bedelidir.

1.12. RİSK

Tarafların iradeleri dışında oluşan, belirsiz ve gelecekte ortaya çıkabilecek bir olaydır.

1.13. SİGORTACI

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği RİSK'e PRİM karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçe'de, Sigortacı "Allianz"dır.

1.14. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve RİSK gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir.

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 6 ile 44 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri ile 5 (dahil) yaş arasındaki çocuklar ancak anne, baba ve/veya 6 (dahil) yaş ve üzeri kardeşleri ile birlikte sigortalanabilirler. Kardeşler en fazla 25 (dahil) yaşa kadar bir arada sigortalanabilir.

Sigortalı ailenin 25 (dahil) yaşa kadar bekar çocukları aileleri ile birlikte aynı POLİÇE'de sigortalanabilir. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

1.15. EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.16. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayeti altındaki çocukları.

1.17. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve PRİM ödemek dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan kişidir.

1.18. POLİÇE

SİGORTACI tarafından imzalanarak SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'e verilen, SİGORTALI ve SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.19. TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("TTB") tarafından yayınlanarak TC. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR'ların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20. TAZMİNAT

SAĞLIK GİDERLERİ'nin ilgili POLİÇE döneminde yer alan TEMİNATLAR, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır.

1.21. TEMİNAT

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risk'lere karşı vermiş olduğu ilgili POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

1.22. YENİLEME

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra sözleşmenin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir POLİÇE' nin düzenlenmesidir.

1.23. YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetki verilmiş DOKTOR'lardır.

1.24. ZEYİLNAME

Sigorta sözleşmesinin bazı hükümlerinin sözleşmenin akdedilmesinden sonra değiştirilmesine ifade eden ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden belgedir.

1.25. REÇETE

DOKTOR, Diş Hekimi tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, SİGORTALI ad-soyadı, DOKTOR ad-soyadı, imzası, diploma numarası bulunan hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tariflerini belirten belgedir.

1.26. ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ

ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşen, Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ ve Küçük Cerrahi Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ'nin, SİGORTACI tarafından TAZMİNAT'a esas alınacak ve POLİÇE üzerinde belirtilmiş azami yıllık brüt tutarıdır. SİGORTACI tarafından ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden ödenen TAZMİNAT'lar bu limitten düşülür.

1.27. İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin (RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların) SİGORTACI'nın değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

1.28. HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin değerlendirilmesi sonucunda, bu RİSK/RİSK'ler için kişinin POLİÇE PRİM'ine belli oranda ek PRİM ilave edilerek bu RİSK'in teminat kapsamı içine alınmasıdır.

1.29. YENİ İŞ

SİGORTALI'nın, Allianz Sigorta A.Ş'nin satışa sunmuş olduğu Bireysel Sağlık Sigorta Poliçeleri'nden birini tercih ederek ilk kez teminat altına girdiği Bireysel Sağlık POLİÇE'sini ifade eder. Devam etmekte olan bir POLİÇE'ye ara dönem veya YENİLEME dönemi itibarıyla eş ve çocuk girişi bu kapsamda değerlendirilmez.

1.31. BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Anne, baba, evlenmemiş çocuk(lar)'dan ve evlat edinme ilişkisi ile oluşan çekirdek aile'nin bir arada yer alabildiği sağlık sigortası türüdür.

1.32. GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Ettiren bir tüzel kişiliğe Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ilişkisi ile bağlı olarak çalışan Bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılan sağlık sigortası türüdür.

1.33. PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

1.34. İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık Sigortasına ilk başvuru sırasında doldurulan Ön Bilgi Formunda yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde, Bireysel poliçelerin aileyi de kapsaması durumunda Ön Bilgi Formu'nda yer alan kişinin İLETİŞİM BİLGİLERİ tüm aile bireyleri için kullanılır ve bu kişiye yapılacak bildirimler, varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

Grup Poliçeleri'nde, Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

2. TEMİNATLAR

İş bu Poliçe'de "Ana Teminatlar" ve "Hamilelik/Doğum Teminatı" standart olarak sunulmaktadır.

Ancak; SİGORTALI'nın, Hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için

günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için Poliçe'de teminat bulunmamaktadır.

2.1. ANA TEMİNATLAR

2.1.1. YATARAK TEDAVİLER

SİGORTALI'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki DOKTOR, ameliyathane, yatak-yemek, refakatçi (bir kişi ile sınırlıdır), her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığının veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatları ("Yatarak Tedavi Teminatı") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan ameliyatlı ya da ameliyatsız tedavilere ait SAĞLIK GİDERLERİ, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan, POLİÇE ve/veya ilgili TEMİNAT için geçerli olduğu belirtilmiş SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşmesi koşulu ile karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan tedavilerde, normal yatışlarda POLİÇE yılı içerisinde yatılan süre, 180 gün ile sınırlı olup, normal oda yatışlarında bir(1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki(2) gün üzerinden ve POLİÇE yatış süresinden düşülerek hesaplanır.

2.1.1.1. AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri ile böbrek ve idrar yolları taşlarına uygulanan ESWL (Extra corporeal shock wave lithotripsy - şok dalga tedavisi ile taş kırma) giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Diş hekimleriyle ağız ve çene cerrahi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatlar Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır. Sadece trafik kazası sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlar bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*DOKTOR ücreti dahil*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.1.2. AMELİYATSIZ TEDAVİ

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve DOKTOR ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak SAĞLIK GİDERLERİ, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahade), Yatarak Tedavi Teminatı kapsamı dışındadır.

2.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biopsi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERLERİ, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında, bu işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilâç, ameliyathane (preop kan tahlili bu kapsamdadır) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç) veya sonrasında yapılabilecek her türlü

muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya, başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (intrartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi) ve her türlü ağrı tedavileri, Küçük Cerrahi Teminatı kapsamı dışındadır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak hangi teminat kapsamına (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) gireceği belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.3. KEMOTERAPİ - RADYOTERAPİ - DİALİZ

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavi giderleri (hastane, ilaç, DOKTOR ücreti), Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı kapsamında karşılanır. HASTALIK ve kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin kontrol, takip sürecinde yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, Kemoterapi – Radyoterapi – Dializ Teminatı kapsamı dışındadır.

2.1.4. YAPAY UZUV

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak protezleri ile vücuda implante edilen cihazlardan; memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, kalp pili, ICD (implantable cardiac defibrillator – kalp içi defibrilatör), koklear implantlar ve ağrı tedavisinde kullanılan vücut içi pompalar, gerekliliğinin DOKTOR raporuyla belgelenmesi, poliçe teminat kapsamı içinde yer alan hastalıkların tedavisinde kullanılması ve YETKİLİ DOKTOR'un onaylaması koşulu ile, olay tarihinde yürürlükte bulunan POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Yukarıda belirtilenler dışındaki her türlü protez, cihaz, malzeme, implant ve pompalar teminat kapsamı dışındadır.

2..2 HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI

2.2.1. DOĞUM/SEZARYEN TEMİNATI

Normal doğum, sezaryen, “doğum ve hamilelik” komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (bebek ile ilgili harcamalar hariç), sadece Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve DİNAMİK Sağlık Sigorta Poliçesi için geçerli olduğu belirtilen ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında gerçekleştirilmesi koşulu ile POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşen ve yukarıda belirtilen takip ve tedavilerin SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ödenecek DOKTOR ücreti, SİGORTALI'nın tercih ettiği ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU ile SİGORTACI arasında belirlenen DOKTOR ücretini aşmamak kaydı ile Hamilelik ve Doğum Teminatı limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır. Hastanede yatmadan yapılan hamileliliğin takibi ile ilgili giderler ise Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamı dışındadır.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, 18 ile 44 (yenilemeler için 54) yaş arası bayan (POLİÇE'de “Kızı” konumunda sigortalananlar hariç) SİGORTALILAR için geçerlidir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamındaki tüm giderler bu teminatın DİNAMİK SAĞLIK POLİÇESİ'nin ardışık iki yıl seçilmesi kaydıyla ikinci poliçe döneminden itibaren geçerli olup, DİNAMİK SAĞLIK POLİÇESİ'nin kesintisiz devam ettiği ilk başlangıç tarihini takip eden ve en az “18 ay” sonra başlayacak hamilelikler için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi dikkate alınır. Doğum Teminatı için 18 aylık bekleme dönemini tamamlamayan SİGORTALI'nın doğum, hamilelik komplikasyonu ve/veya takibi ile ilgili giderleri de TEMİNAT kapsamı dışındadır.

Mevcut gebelik olması durumunda, "POLİÇE/PLAN DEĞİŞTİRME" talepleri kabul edilmez. Bekleme süresini tamamlamış SİGORTALI'nın, Hamilelik ve Doğum Teminatı'nı kullanılabilmesi için gebeliğin başladığı POLİÇE türü veya TEMİNAT planı ile, doğumun gerçekleşeceği POLİÇE türü veya TEMİNAT planı aynı olmalıdır. Başka bir POLİÇE türü veya TEMİNAT planında SİGORTALI iken, yenileme döneminde DİNAMİK SAĞLIK POLİÇESİ'ne geçilmesi durumunda Hamilelik ve Doğum Teminatı için 18 aylık bekleme süresi yeniden başlar. DİNAMİK SAĞLIK POLİÇESİ'nde bekleme süresi tamamlanarak kazanılmış olan Hamilelik ve Doğum Teminatı hakedişi başka bir POLİÇE türü ve TEMİNAT planı'na devredilemez. POLİÇE/PLAN DEĞİŞTİRME işlemi gerçekleştirilen durumlarda ilgili poliçenin bekleme süresi yeniden başlar.

Bu teminat TC sınırları içerisinde ve sadece poliçenin geçerli olduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerlidir.

2.3.2 YENİ DOĞAN TEMİNATI

POLİÇE'sinde "Hamilelik ve Doğum Teminatı" bulunan ve doğumunu Hamilelik ve Doğum Teminatı tanımı ve POLİÇE özel şartları dahilinde gerçekleştiren sigortalıların, doğum veya sezaryen nedeniyle planlanan süre dahilinde hastanede yatışı sırasında, bebeğin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan muayene ve rutin tetkik giderlerinin POLİÇE Genel ve Özel Şartları dahilinde olanları Yeni Doğan Teminatı kapsamında karşılanır. Bebeğe bir hastalık saptanması nedeniyle yatışının uzaması ve/veya ek araştırma gerektiren durumlarda, bebeğe ait sağlık giderleri varsa, bebeğin poliçeye dahil edildiği tarih ve sonrası için, bebeğe ait teminatlar çerçevesinde, POLİÇE Genel ve Özel şartları kapsamında değerlendirilir.

3. DİĞER HİZMETLER VE TEMİNATLAR

3.1. ACİL YARDIM HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın SAĞLIK KURUMU'na nakli için sigortalı kartı üzerinde belirtilen "Acil Yardım Hattı"nı araması koşulu ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ve bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Acil Yardım Hizmetinden" yararlanır.

SİGORTALI'nın tıbbi donanımı yeterli olan en yakın SAĞLIK KURUMU'na kara yolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, SİGORTACI'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve YETKİLİ DOKTOR'un onayı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hava ambulans hizmeti SİGORTACI tarafından verilir.

3.2. GÜNDELİK AMELİYAT TEMİNATI

Gündelik Ameliyat Teminatı, Dinamik Sağlık Sigortası Özel Şartları Madde 2.1, Madde 2.2 ve Madde 3.1'de belirtilen Ana Teminatlar'a ek olarak alınması durumunda geçerlidir.

Sigortalı'nın poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde teminat kapsamında kabul edilen Ameliyatları (doğum/sezaryen hariçtir) nedeniyle gerçekleşecek hastane yatışları için poliçe üzerinde belirtilen günlük tazminattır.

Bu teminat, her bir yatış – çıkış dönemi içinde tedavinin bir cerrahi kesi ile yapılması ve bu cerrahi işlemin Tarife'ye göre 150 birim ve üzerinde olması halinde geçerlidir."

Sigortalı'nın Ameliyatının gerçekleştiği tarih ile hastaneden taburcu olduğu (taburcu olduğu gün hariç) tarih arasında hastanede yatılan her gün için poliçe üzerinde belirtilen tutar kadar ödeme yapılır. Poliçe yılı içinde bu teminat kapsamında yapılacak tazminat ödemesi toplam 90 günü aşamaz. Ameliyat yapılmış olsa dahi, 24 saati doldurmayan hastane yatışları için ödeme yapılmaz.

4. ÖN BİLGİ FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SİGORTACI, POLİÇE kapsamına dahil olacak kişileri, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın ön bilgi formu'nda beyan ettiği bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5. TEMİNAT'IN SÜREKLİLİĞİ

5.1. POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

A) Otomatik Yenileme Güvencesi veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve SİGORTALI tarafından bilinen

ancak SİGORTACI'nın bilgisi dahilinde olmayan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK durumlarında, SİGORTACI durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme güvencesi taahhüdüne son verme, ya da bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK ile ilgili TEMİNAT'ı durdurup yenileme güvencesi taahhüdünü, İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

B) Şirketimiz Bireysel veya Grup Sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve/veya ek sağlık poliçesi, Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçelerinde sağlanan sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

C) Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta POLİÇE'sinin satışının durdurulması halinde, bu POLİÇE'de devam etmekte olan Sigortalıların POLİÇE'leri bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve YENİLEME döneminde, sigortalı'ya, en az biten POLİÇE standartları'na haiz bir POLİÇE ve PLAN önerilecek ve POLİÇE PRİM'i önerilen POLİÇE ve PLAN'ının güncel tarifesi üzerinden hesaplanacaktır.

5.1.1. OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ

Sigortalının, 4. Maddede belirtilen Ön Bilgi Formu Değerlendirme aşamasında ilk poliçe dönemi olarak Allianz Bireysel poliçeye kabulü sonrasında aralıksız devam eden ilk üç tam bireysel poliçe yılı için mevcut ürün ve plan dahilinde otomatik olarak yenileneceği taahhüdüdür ("Otomatik Yenileme Güvencesi").

a) Ön Bilgi Formu'nda beyan edilen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için yapılan uygulamalar, aşağıdaki hallerde, Otomatik Yenileme Güvencesi süresi sonuna kadar tekrar değerlendirilmez:

i. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları TEMİNAT kapsamı dışında bırakma kararı verirse,

ii. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak TEMİNAT kapsamına alma kararı verirse,

iii. SİGORTACI'nın kararı ile HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak TEMİNAT kapsamına alınan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların, SİGORTALI tarafından TEMİNAT kapsamı dışında bırakılması istenir ve bu SİGORTACI tarafından kabul edilirse.

b) Otomatik Yenileme Güvencesi verildikten sonra, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi koşuluyla, SİGORTALI'nın ardı ardına üç POLİÇE yılı süresince ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları yine bu üç sene boyunca TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanmayacaktır. POLİÇE başlangıcından önce mevcut ve beyan edilmemiş RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için bu uygulama geçerli değildir.

SİGORTACI, POLİÇE başlangıç tarihinden sonra POLİÇE'ye dahil olan EŞ ve/veya ÇOCUKLAR'ın katıldıkları POLİÇE'nin bitiş tarihini dikkate almaz ve POLİÇE'nin Yenileme tarihinden başlamak üzere yeni POLİÇE süresinin bitim tarihini baz alarak "Teminatın Sürekliliği" Maddesi uyarınca Otomatik Yenileme Güvencesi için değerlendirme yapar.

Otomatik Yenileme Güvencesi alınmış olan Poliçe'yi takip eden üç yıl için, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Otomatik Yenileme Güvencesi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere, ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödelemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.1.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

SİGORTACI'nın, Otomatik Yenileme Güvencesi bitiminde yapacağı değerlendirme sonucunda, POLİÇE'nin SİGORTACI tarafından mevcut ürün ve plan dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür ("Ömür Boyu Yenileme Garantisi").

SİGORTACI, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi ve SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, Otomatik Yenileme Güvence süresi sonunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi vermeye, SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak karar verir. Bu değerlendirmede SİGORTALI'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir veya SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırabilir. SİGORTACI tüm bu bilgiler dikkate alınarak yapılan tıbbi değerlendirme sonucunda SİGORTALI'nın mevcut veya RİSK taşıyan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını hastalık sürprimi ile TEMİNAT kapsamına alarak bu güvenceyi verebilir veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'ni vermeyip her yenileme döneminde tekrar değerlendirme yapabilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. Tüm değerlendirmeler sonucunda iki yıl üst üste ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alamayan SİGORTALI'lar bir daha ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ almak üzere değerlendirmeye alınmaz ve sigortalı her yenileme döneminin sonunda yapılan değerlendirmeye ilişkin olarak bilgilendirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken uygulanan HASTALIK SÜRPRİMİ ve/veya İSTİSNA'lar daha sonraki poliçe yenileme dönemlerinde tekrar değerlendirilmez.

SİGORTACI tarafından, üçüncü yıl sonunda yenilenmiş POLİÇE'lerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni POLİÇE'nin başlangıç tarihi arasında gerçekleşen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ın SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda, SİGORTACI, YENİLEME koşullarını tekrar değerlendirerek HASTALIK SÜRPRİMİ uygulama hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvenceyi kazandıktan sonra ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları da SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya zamanında ve derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları için hastalık sürprimi uygulanmayacaktır.

SİGORTACI, işbu "Özel Şartlar - Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak, Ömür Boyu Yenileme Garantisi alınmış olan Poliçe'nin yenileme döneminde, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne haiz Sigortalı/lar'a ait YENİLEME POLİÇE/LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödelemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.2. PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK

Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni kazanmış SİGORTALI'nın PRİM borcunu ödememesi nedeniyle POLİÇE'nin iptal olması, herhangi bir nedenle sigortalılığının kesintiye uğraması durumunda, SİGORTACI'nın Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü son bulur.

5.3. ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Bireysel Poliçe yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme, Allianz Grup Sağlık poliçesine ilave veya sonlanan Grup Sağlık Poliçe devamı olarak Bireysel Sağlık poliçe talep etme, Diğer Sigorta Şirketlerindeki Sağlık Sigorta poliçelerinden Allianz Bireysel Sağlık Poliçelerine geçiş prensipleri aşağıda açıkladığı şekilde uygulanmaktadır.

SİGORTALI'ların Allianz'dan ikinci bir Bireysel Poliçe talebi kabul edilmez, Allianz Grup Sağlık Poliçesi devam ederken Grup Sağlık Poliçesine ek olarak alınan Bireysel Poliçeler Grup Sağlık Poliçesi'nde kazanılan haklarla ilişkilendirilemez.

5.3.1 ÜRÜN / PLAN DEĞİŞTİRME

SİGORTALI'ların Ürün/Plan değişiklik talepleri Poliçe bitiş Tarihi Öncesi ve Sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilmektedir. POLİÇE yenileme dönemlerinde SİGORTACI'nın diğer bir Bireysel Sağlık ürününün TEMİNATLAR'ı kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. YENİLEME dönemlerinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkına sahip SİGORTALI'nın mevcut poliçesinden daha kapsamlı POLİÇE veya plan değişikliği talep etmesi durumunda, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. Bir önceki POLİÇE döneminde farklı bir Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi'nde yer alan sigortalılardan hasarsızlık indirimini kaybeden veya tazminat sürprimi alanların, DİNAMİK SAĞLIK SİGORTA POLİÇE'sine geçiş talepleri kabul edilmez. SİGORTACI, POLİÇE veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ını teminat kapsamı dışında bırakabilir veya HASTALIK SÜRPRİMİ ile teminat kapsamına alabilir. SİGORTALI'nın mevcut poliçesine göre aynı ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerli ve daha dar kapsamlı bir Ürün/Plan'a geçiş talebi olması durumunda SİGORTACI yeniden tıbbi risk değerlendirmesi yapmadan talebi kabul eder. Bu durumda SİGORTALI'nın varsa İSTİSNA veya HASTALIK SÜRPRİMİ devam ettirilir.

Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. SİGORTALI'ların 65 yaş ve sonrası Ürün/Plan değişiklik talepleri kabul edilmez.

5.3.2. DİĞER SİGORTA ŞİRKETİNDEN GEÇİŞLER

SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta şirketinde, kesintisiz olarak en az bir tam yıl sağlık sigortasının bulunması ve poliçe bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORMU'nu doldurarak Allianz'a başvurması esastır.

SİGORTACI SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta Şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, ÖN BİLGİ FORMU'ndaki, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adayları'nı POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.3.3. ALLIANZ GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNDEN BİREYSEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNE GEÇİŞLER

Allianz Grup Sağlık sigortası olan sigortalıların, aksine bir sözleşme yok ise, grup sağlık poliçesinden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORM'u doldurulması koşuluyla Allianz Bireysel

Sağlık Sigortası ürünlerine geçiş talepleri, ilgili grup sağlık sigortası poliçesinin protokolleri çerçevesinde değerlendirilir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmış olan sigortalılar, dahil oldukları grup sağlık sigortası planıyla aynı, yoksa en yakın Bireysel planda sigortalıdır. Sigortalının aynıveya en yakın Bireysel plan dışında daha farklı bir Sağlık ürününe geçiş talebi söz konusu olması durumunda, geçiş talep edilen ürünün yenileme, yenileme garantisi hakları dikkate alınarak Sigortalı'nın hangi koşullarda sigortalanacağına karar verilir.

Grup poliçeden bireysel poliçeye geçişte SİGORTALI'ların kesintisiz olarak en az bir tam yıl Sağlık Sigortasının bulunması gerekmektedir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmamış olan sigortalıların geçiş koşullarına ÖN BİLGİ FORMU'ndaki sigortalı beyanları ve tüm kayıtlar incelenerek karar verilir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adaylarını POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.4. SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI Ön Bilgi Formu'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'ının olması veya POLİÇE teminatlarının SİGORTALI tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde POLİÇE, SİGORTACI tarafından feshedilebilir, bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR teminat kapsamı dışında bırakılarak veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak POLİÇE devam ettirilebilir. SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, "OTOMATİK YENİLEME ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ" kapsamında değerlendirilmez.

SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, her ne şartla olursa olsun bir daha kapsama dahil etmez. SİGORTACI'nın MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'a ait giderleri, SİGORTALI/SİGORTALILAR lehine işlem kolaylığı sağlayan PROVİZYON/E-PROVİZYON aşamasında kabul etmiş olması, SİGORTALI/ SİGORTALILAR tarafından, TEMİNAT ve TAZMİNAT olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. SİGORTACI'nın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

6. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

DİNAMİK SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ'nde, SİGORTALI'lara hasarsızlık indirimi ve/veya tazminat sürpimi uygulanmaz.

Bir önceki POLİÇE döneminde farklı bir Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi'nde yer alan sigortalıların, ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ maddesinde belirtilen kurallar çerçevesinde DİNAMİK SAĞLIK SİGORTA POLİÇE'sine geçişlerinin "Allianz" tarafından onaylanması halinde, diğer POLİÇE'de elde etmiş oldukları hasarsızlık indirimi sona erer.

Sağlık tarife primindeki artış, sağlık enflasyonunun altında kalmamak koşuluyla aynı kategorideki bir önceki yılın tarife priminin en fazla iki katıyla sınırlıdır.

6.1. AİLE İNDİRİMİ

Aynı POLİÇE kapsamında sigortalanan anne, baba ve çocukları için, sigortalı sayısı iki kişi ise %5, üç veya daha fazla ise %10 indirim uygulanır.

6.2. ESNEK TAKSİT İNDİRİMİ

Standart olarak sekiz taksitli ödeme planına göre düzenlenen POLİÇE'nin yedi veya daha az taksit ile düzenlenmesinin istenmesi durumunda, SİGORTACI'nın ilgili dönemde yürürlükte olan iskonto oranları uygulanır.

6.3. DİĞER İNDİRİMLER

SİGORTACI, yukarıda ifade edilen indirimler dışında belirli kurallar çerçevesinde bir takım indirimler uygulama hakkını saklı tutar.

6.4. TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan tarife değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl tarife primi ile yenileme dönemindeki tarife primi arasındaki farkın belirli bir band dahilinde kalmasını teminen tarife primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

6.5. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'İN TALEBİ SONUCUNDA POLİÇENİN İPTALİ

SİGORTALI veya SİGORTA ETTİREN'in POLİÇE başlangıç tarihinden sonra dilekçe ile iptal talebinde bulunması durumunda; dilekçenin Allianz'a ulaştığı tarihe kadar geçen sürenin PRİMİ gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

7. POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ

7.1. EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın evlenmesi halinde EŞ'i veya SİGORTALI ailenin yeni doğan bebekleri, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde yürürlükte bulunan POLİÇE kapsamına, yeni bir Ön Bilgi Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilirler.

EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR'ın POLİÇE başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde POLİÇE PRİMLERİ POLİÇE'nin kalan süresi için gün esasına göre hesap edilir.

Evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde POLİÇE kapsamına dahil edilmeyen EŞ, 25 yaş (dahil) ve altındaki bekar ÇOCUKLAR ise takip eden POLİÇE YENİLEME dönemlerinde POLİÇE kapsamına alınabilecektir.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan POLİÇE'nin Özel Şart ve PRİM'leri geçerli olacaktır. POLİÇE'ye girişi yapılan EŞ/ BEBEK/ÇOCUKLAR için yukarıda belirtilen şartlar dahilinde ayrıca PRİM tahakkuk ettirilecektir. EŞ/BEBEK/ÇOCUK girişlerinde ZEYİL POLİÇE PRİM'i ana POLİÇE'nin kalan vade sayına bölünür, ödemeler tamamlanmış ise, peşin olarak tahsil edilir.

7.2. BİZİM BEBEK

SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı dahilinde, en geç doğum tarihi itibarıyla iki ay içinde anne ve/ veya baba'nın Bireysel Sağlık POLİÇE'si kapsamına dahil edilmiş bebeklere ("Bizim Bebek"), sigorta başlangıç tarihi itibarıyla aşağıdaki şartlara bağlı olarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verir.

A) Annenin DİNAMİK SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ olması kaydıyla, anne ve babanın Hamilelik ve Doğum Teminatı'nda belirtilen bekleme süresi dahil, Allianz'da Sağlık Sigortalısı olarak yer almaları durumunda devam edecektir.

B) Ön Bilgi Formu beyanına istinaden, SİGORTACI tarafından yapılan RİSK değerlendirmesi sonucunda sigortalanmasına karar verilen bebeklerin MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'ları için İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanabilir veya bu güvenceyi vermek için takip eden POLİÇE YENİLEME döneminde değerlendirme yapılabilir.

8. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya TEMİNAT'ı için geçerli olduğu belirtilmiş ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda, SİGORTACI'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirtilen TEMİNAT limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na yapılan ödemeler DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

SİGORTALI başvuruda bulunduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na sigortalı olduğunu belirtmek ve POLİÇE'de belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil Tedaviler dışındaki Ameliyat ve Tıbbi Tedaviler 48 saat önceden ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU aracılığı ile SİGORTACI'ya bildirilmediği takdirde DOĞRUDAN ÖDEME işlemi geçersizdir.

SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz" Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep edilmesi SONRADAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

Bu talep, POLİÇE özel şartları çerçevesinde SİGORTACI tarafından tazmin edilir.

8.1. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı (ameliyat, ameliyatsız tedavi, kemoterapi-radyoterapi-diyaliz) kapsamındaki tedaviler sırasında POLİÇE'nin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, SAĞLIK GİDERİ'ne konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski POLİÇE TEMİNATLAR'ından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ ise yeni POLİÇE TEMİNATLAR'ından karşılanacaktır. Ancak POLİÇE'nin yenilenmediği veya yenilenen POLİÇE'de ilgili HASTALIK için İSTİSNA uygulandığı durumda bu tedavi ile ilgili TEMİNAT'ın süresi sona eren POLİÇE'nin bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez ve bu tedaviye ait SAĞLIK GİDERLERİ sona eren POLİÇE'nin TEMİNAT limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

POLİÇE'nin ara dönemde iptal edilmesi ve/veya SİGORTALI'nın POLİÇE'den çıkışının yapılması halinde TEMİNAT POLİÇE'den çıkış tarihi itibarıyla öğle saat 12:00'de son bulur.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİ'NİN BELGELENDİRİLMESİ

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

A) SİGORTALILAR, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında "Doğrudan Ödeme" kapsamında karşılananların dışında, TEMİNATLAR kapsamında yaptıkları SAĞLIK GİDERLERİ'ne ait faturaların asıllarını "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu")'na kaydederek, ekinde göndermelidir. DOKTOR'lara ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında DOKTOR kaşesi bulunmalı ve DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.

B) Tanı ve/veya tedavi sonucu Klinik v.b. SAĞLIK KURUMU'ndan kasa fişi yerine SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

C) "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler de eklenmelidir.

Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatlı veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, her türlü tetkik sonucu, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu.

KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİYALİZ ve/veya KÜÇÜK CERRAHİ TEMİNATI kapsamındaki tedavilerde, doktor raporları, tedavi protokolü, REÇETE asılları,

D) SİGORTALI, her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, sürücü ehliyeti, ifade tutanakları, savcılık takipsizlik kararı gibi) TAZMİNAT talebi (DOĞRUDAN ÖDEME aşaması dahil) ile birlikte sunmalıdır.

E) SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

9. SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

SİGORTA ETTİREN'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. SİGORTA ETTİREN'in, SİGORTALI olarak poliçede yer almadığı durumlarda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile SİGORTA ETTİREN değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise SİGORTACI'nın hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası SİGORTA ETTİREN'in kanuni varislerine iade edilir. İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

SİGORTACI, TAZMİNAT'ın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle PRİM'e hak kazanmış olur. TAZMİNAT ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre PRİM iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN olması halinde, PRİM iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

10. SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Bu sigorta TEMİNATLAR'ı sadece TC. sınırları içinde geçerlidir. Hiçbir koşulda yurtdışında yapılan tanı ve tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERİ karşılanmaz.

11. SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

A) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Küçük Cerrahi Teminatları'na ait;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve DİNAMİK Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile, DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve DİNAMİK Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan DOKTOR'a ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); TARİFE'de belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücret ile limitli olup, bu tutarın %80'i oranında SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Ön onay aşamasında kullanılan SİGORTACI'ya ait form üzerinde DOKTOR tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra DOKTOR tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, SİGORTACI, bu iki tutardan daha düşük olanını TAZMİNAT hesabında dikkate alacaktır.

iii. DİNAMİK Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ'nin (hayati tehlike gösteren acil durum olsa dahi) tazmin edilmesinde; DOKTOR'a ait bölüm, TARİFE'de belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücret ile limitli olup, bu tutarın %80'i oranında, kuruma ait bölüm ise, POLİÇE'DE belirtilen yıllık limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile; SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında (kendi isteği veya acil durum nedeni ile) gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

B) SİGORTALI'nın Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi, Tıbbi Malzeme, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik , Fizik Tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

C) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Hamilelik ve Doğum Teminatı ile ilgili SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve DİNAMİK Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve DİNAMİK Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan DOKTOR'a ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTORu ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); SİGORTALI'nın tercih ettiği ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU ile SİGORTACI arasında belirlenen DOKTOR ücretini aşmamak kaydı ile Hamilelik ve Doğum Teminatı limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

iii. DİNAMİK Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ; (SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile olsa dahi) bu poliçe kapsamında karşılanmaz.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme yüzdesi ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında (kendi isteği veya acil durum nedeni ile) gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

vi. Hastanede yatmadan yapılan hamileliliğin takibi (doktor muayene, tahlil, röntgen, ultrason gibi her türlü tetkik, ilaç) ve 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahade gibi) ile ilgili giderler hiçbir şekilde karşılanmaz.

D) Şirketimiz veya diğer sigorta şirketleri tarafından tazminata konu olan SAĞLIK GİDERİ'nin Sigortalı Katılım Payı ve/veya MUAFİYET tutarı olarak değerlendirilen bölümü, sigortalının Şirketimizde bulunan Sağlık poliçelerinden karşılanmaz.

E) Gündelik Ameliyat Teminatı'nın ek olarak alındığı poliçelerde geçerli olmak üzere; POLİÇE şartları dahilinde ve Gündelik Ameliyat Teminatı kapsamındaki tazminatlar, sigortalının taburcu olduğu tarih sonrasında "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") üzerindeki ilgili bölümü doldurması ve form ekinde hastane çıkış raporu (epikriz) ile ameliyat raporunu Şirketimize iletmesi halinde SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Bu Teminatın kullanımı açısından Anlaşmalı Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ayrımı yapılmaz. Bu teminat yurt dışında geçersizdir.

12. RÜCU ve İSTİRDAT HAKKI

12.1. SİGORTACI, Poliçe Özel ve Genel şartlar kapsamında kabul ettiği ve ödediği SAĞLIK GİDERİ'ne üçüncü şahısların neden olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği TAZMİNAT tutarı kadarıyla üçüncü şahıslara rücu edebilir.

12.2. SİGORTACI, SİGORTALI/SİGORTALILAR adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI/SİGORTALILAR hesabına ödediği ancak poliçe özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, TAZMİNAT dahil her türlü ödemeyi, doğrudan SİGORTALI/SİGORTALILAR'dan talep hakkı bulunmaktadır. SİGORTALI/SİGORTALILAR'ın ve/veya tedaviyi düzenleyen SAĞLIK KURUMU veya Doktor'unun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. SİGORTACI'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle SİGORTACI'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

13. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir, "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak SAĞLIK GİDERİ de TEMİNAT kapsamı dışındadır:

A) Ön bilgi Formu'nda beyan edilmiş ve MUAFİYET uygulanmamış olsa dahi, POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,

B) POLİÇE başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve HASTALIK'lar, genetik HASTALIK'lar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen HAMİLELİK TAKİBİ hariç), büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından

önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidus, Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Jinekomasti ve obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri karşılanmaz.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalılar veya “Bizim Bebek” olan sigortalının doğumsal (konjenital) anomali, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidusa ait sağlık giderleri, “Allianz”ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması şartıyla, poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalıların Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

C) (a) ve (b) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve SİGORTACI'nın aksini bildirmedığı tüm durumlarda POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fıtık, omurga ve disk hastalıkları, kist dermoid sakral, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, burun polipleri, kafa sinüs hastalıkları, diz, omuz, dirsek, kalça eklem hastalık ve lezyonları(menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.), katarakt, prostat, varis, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid bezi hastalıkları ile ilgili tedavi ve komplikasyonları için TEMİNATLAR POLİÇE başlangıcından 12 ay sonra başlar.

D) Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan Check-up'lar ile her türlü muayene ve tetkikler, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, girişimsel yöntemlerle yapılmayan kardiyak anjiyografiler (bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans görüntüleme yöntemleriyle yapılan koroner anjiyografiler) gibi tetkikler,

Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzemeler,

EEG (elektroensefalografi), EGG (elektrogastrografi), kişilik testleri ve beyin haritalaması gibi tetkikler, Her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar,

“DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ” maddesinde belirtilen işlem ve gereçler, Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını arttırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler,

Kullandığı motorlu kara ve/veya deniz taşıtı için resmi makamlarca onaylanmış sürücü belgesi (ehliyet) olmayan SİGORTALI ile, uygun sürücü belgesi (ehliyet) olmasına rağmen adli makamlarca geçici veya süresiz olarak kara ve/veya deniz taşıtı kullanımı yasaklanmış SİGORTALI'nın kullandığı araç ile trafik kazasına karışması durumunda oluşacak her türlü SAĞLIK GİDERİ,

Reçete'ye veya tedavi protokolüne yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar,

Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, vitamin + mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin + mineral + diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar

İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar

- Yurda kaçak sokulan ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları.
- E) Astım, RHY (Reaktif Hava Yolu), Bronş Hiperaktivitesi ve her türlü allerjik HASTALIK ile ilgili

- deri testleri ve aşı giderleri.

F) DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

G) Psikiyatrik, geriatrik HASTALIK'lar, demansiyel sendrom (bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

H) Şaşılık ve kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil), ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin, kontrol ve komplikasyonları,

I) Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlar (POLİÇE şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç) ile kontrol ve komplikasyonları, anti-aging (yaşlanmayı geciktirici) çalışmalar için yapılan homosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olamamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (sklerozan-lazer tedavileri gibi), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

J) Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (phimosi gibi), yardımla üreme teknikleri (kısırlık tanı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi, ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanı-tedavi yöntem ve/veya komplikasyonları), doğum kontrolü yöntemleri (küretaj dahil) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile, Genital Herpes, Genital ve Anal Papillomatöz lezyonlar (Siğiller, Kondiloma Akkümünata gibi), Genital ve Anal Molluscum Kontagiosum, Peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, Cinsel işlev bozuklukları ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz (kemik erimesi) durumlarının her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

K) HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS "vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,

L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve HASTALIK'lar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI'nın geçirdiği HASTALIK, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

M) Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (dağcılık, paraşütçülük, yamaç paraşütü, rafting, bungee jumping/yüksekten atlama, yolcu sıfatından gayri ve/veya tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, dalgıçlık, ralli, motokros, karting, savunma ve dövüş sporları gibi) ve bunlara ilişkin antrenman, spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,

N) Çocuk bezi, mamaları, biberon, emzik, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler, tıbbi malzemeler (kişiyeye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot/terlik, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, kol askısı, oturma simidi, koltuk değneği, aerochamber, ısıtma cihazı gibi) ile idrar/kolostomi torbası (hastanede yatarak yapılan tedaviler dışında), yanık/yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler (hastanede yatarak yapılan tedaviler dışında), uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, meme ve penis protezler, tekerlekli sandalye, gözlük, lens, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler ve ayrıca tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, TV gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

O) Sigortalılığı bir yılı aşan SİGORTALILAR için aynı HASTALIK nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan SAĞLIK GİDERİ,

P) SAĞLIK KURUMU veya DOKTOR'ların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak SAĞLIK GİDERİ,

R) POLİÇE TEMİNAT kapsamı dışında yapılan sağlık giderleri ile SAĞLIK KURUMU vasfını taşımayan yerlerde yapılan giderler,

S) Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler,

T) Organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında, Sigortalı'nın verici olduğu durumda Sigortalı ve alıcı için; Sigortalı'nın alıcı olduğu durumda ise, organ ve/veya kan verecek kişi/kişiler için

yapılan giderler; organ, kan ve/veya organın transfer giderleri ile bunlarla illiyet bağı taşıyan sonraki rahatsızlıklara dair her türlü tanı, tedavi veya cerrahi müdahaleler sonucu doğacak sağlık gideri,

U) Tedavilerin yapılması sırasında oluşan seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

V) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler.

Y) Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran SİGORTALI ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan DOKTOR'un ücreti.

Z) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği ve/veya doğumda bekleme süresi tamamlanarak teminata hak kazanılmadığı sürece, gebelik, doğum, sezeryan ve/veya bunlarla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait sağlık giderleri ile hastanede yatmadan yapılan hamileliliğin takibi ile ilgili giderler.

Ek1 Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ilişkin bilgiler;

Değerli Sigortalımız,

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarımız, Şirketimiz kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve ilan edilmektedir.

Anlaşmalı Kurumlar'ımıza ait en güncel bilgilere ulaşmak için, dilerseniz Müşteri Temsilcinizi / Acentenizi ve 444 45 46 nolu numaradan Allianz Çözüm Hattı'mızı da arayabilirsiniz.

www.allianz.com.tr adresinde "Anlaşmalı Sağlık Kurumu Arama", "Tıbbi Kadro Arama (doktor, diyetisyen, psikolog, diğer)", "Anlaşmalı Eczane Arama", "Hangi Hizmeti Nereden Alabilirim", "İndirim Uygulayan Merkezler" gibi başlıklar altında ihtiyacınıza uygun arama yapma olanakları sunulmaktadır.

Öncelikle tanı/tedavi işlemi için seçmiş olduğunuz Sağlık Kurumu'nun POLİÇE'niz için geçerli olup olmadığını web sitesinden kontrol etmenizi öneririz. Tercih ettiğiniz kurumun detay bilgilerine girdiğinizde hangi ürünlerde geçerli olduğunu, iletişim/adres bilgilerini ve o kuruma özel uygulamalarla ilgili bilgilendirmelere ulaşabilirsiniz.

Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında göreceğiniz tedaviler için poliçe türüne göre ve kapsamındaki teminat limitleri / ödeme yüzdeleri dahilinde masraflarınızın sizin adınıza doğrudan anlaşmalı kuruma ödenmesi sağlanacaktır.

Lütfen, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndaki yetkililerimize, Sigortalı Tanıtım Kartı'nızı kimlik belgenizle birlikte işlemlerinizi önce göstererek, Allianz sigortalısı olduğunuzu belirtiniz. Sigortalı Tanıtım Kartı'nız yenilenen poliçeleriniz için de geçerli olacaktır.

Kullanmak istediğiniz Sağlık Kurumu, sahip olduğunuz ürün çerçevesinde geçerli olmasa da ilgili kurum yetkilisiyle görüşüp tanıtım kartınızı veya poliçenizi göstererek indirim olanaklarından faydalanabilirsiniz.

Allianz Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan kurumlar, ürün ve hizmetlere ait geçerlilik bilgileri sadece bilgilendirme amaçlı olup faaliyet ve hizmet açıklamaları kurumlar tarafından iletilen bilgilerle sınırlıdır. Hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almanız gerekmektedir.

Allianz, Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan tüm listelerde önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir, sayfada yer alan bilgiler bilgilendirme amaçlı olduğundan yapılan değişiklik kullanıcıya bir hak bahsetmez, Allianz'ın değişiklik nedeniyle sorumluluğu bulunmamaktadır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde 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. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

Ek2

Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o sigortacıyı 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.

Limitsiz Sağlık Sigortası Özel Şartlar

Allianz Sigorta AŞ. ("Allianz") aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar"), ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede teminat olarak yer alıyorsa Hayat Sigortası Özel Şartları, Hayat ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği çerçevesinde, Sigortalı ve/veya Sigortalıların, "Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"ne göre poliçe ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'ni ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme oranları dahilinde karşılar.Allianz, sigortacılık mevzuatı, sigortacılıkla ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, doktorlar, diğer sigorta şirketleri ve Kamu Kurum ve Kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve/veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkilidir.

1. TANIMLAR

1.1. DOKTOR

Poliçe teminatlarının geçerli olduğu ülke/ülkelerin kanunları ile tıp san'atını icra etmeye yetkili kılınmış kimsedir.

1.2. HASTALIK

SİGORTALI'nın, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir DOKTOR tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

1.3. RAHATSIZLIK

Ergin bir insanın DOKTOR'a başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

POLİÇE'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü RAHATSIZLIK veya HASTALIK'tır.

1.5. TIBBİ GEREKLİLİK

YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması kaydıyla, uygulanacak tıbbi hizmet veya gerecin, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/veya tedavisi için gerekli ve etkili olmasıdır. Bir DOKTOR tarafından uygulanmış olması, tek başına TIBBİ GEREKLİLİK anlamı taşımaz.

1.6. DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

SİGORTALI'ya 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 veya herhangi bir RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol(*check-up*) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7. SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve POLİÇE süresi dahilinde RİSK ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan, DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (*istem, REÇETE*) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

1.8. SAĞLIK KURUMU

Özel kanunları uyarınca TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

1.8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Yapılacak tıbbi işlemler öncesinde YETKİLİ DOKTOR ve/veya SİGORTACI'dan onay almaları şartıyla,

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve poliçe özel şartlarının ayrılmaz bir parçası olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu DOKTOR'ları kapsamaktadır.

1.8.2. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunmayan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen DOKTOR'lar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu vasıflarına haiz olmakla birlikte, SAĞLIK GİDERİ'nin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan kişileri kapsamaktadır.

1.9. DOĞRUDAN ÖDEME

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirttiği teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödenmesidir.

1.9.1 PROVİZYON / E-PROVİZYON

SİGORTACI'dan, tahakkuk sırasında nihai olarak değerlendirme hakkı saklı kalmak koşulu ile onay bekleyen tazminat taleplerini ifade etmektedir. E-provizyon/Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın tahakkuk safhasında tazminat talebini değerlendirerek gerek teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir. Allianz'ın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi esas olacaktır.

1.9.2 TAHAKKUK

SİGORTACI'nın gelen tazminat talebini, önceden PROVİZYON/E-PROVİZYON alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, Poliçe Teminat ve Limitleri, Poliçe Genel ve Özel Şartları dahilinde değerlendirerek, SAĞLIK KURUM'larına ve/veya SİGORTALI/SİGORTALILAR'a ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verdiği nihai safhayı ifade eder.

1.10. SONRADAN ÖDEME

SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınmaksızın SAĞLIK GİDERİ'nin SİGORTALI tarafından önce SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir.

1.11. PRİM 1.11.1 TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık ve varsa Ferdi Kaza ile Hayat Primi toplamını gösteren baz primi ifade eder.

1.11.2. SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık baz primini ifade eder.

Sağlık tarife primi, seçilen ürün ve plan tipine, poliçede geçerli olan anlaşmalı sağlık kurumlarına, sigortalının yaş, cinsiyet, ikametgah adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Şirket tarife primini periyodik aralıklar ile portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

1.11.3. SAĞLIK PRİMİ

Tarife Primi üzerine, her bir sigortalı için varsa Hastalık Sürprimi, Tazminat Sürprimi ilave edilmiş prim tutarıdır.

1.11.4. NET SAĞLIK PRİMİ

SAĞLIK PRİMİ üzerine iş bu poliçe özel şartları kapsamında hak edilen tüm indirimler uygulandıktan sonra elde edilen prim tutarıdır. Tazminat / Prim oranı hesaplamasında bu prim kullanılır .

1.11.5 POLİÇE PRİMİ

Net Sağlık Primi üzerine, verilmiş ise poliçe üzerinde belirtilen Ferdi Kaza ve/veya Hayat Primi ile bu ek teminatlara ait vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan SİGORTA ETTİREN'in ödemekle yükümlü olduğu Sağlık Sigortası Sözleşme bedelidir.

1.12. RİSK

Tarafların iradeleri dışında oluşan, belirsiz ve gelecekte ortaya çıkabilecek bir olaydır.

1.13. SİGORTACI

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği RİSK'e PRİM karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçe'de, Sigortacı "Allianz"dır.

1.14. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve RİSK gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir. Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri ile 17 (dahil) yaş arasındaki bekar çocuklar ancak anne ve/veya babaları ile birlikte sigortalanabilirken, Sigortalı ailenin 25 yaşa kadar (25 dahil) bekar çocukları aileleri ile birlikte aynı POLİÇE'de sigortalanabilir. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

1.15. EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.16. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayeti altındaki çocukları.

1.17. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve PRİM ödemek dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan kişidir.

1.18. POLİÇE

SİGORTACI tarafından imzalanarak SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'e verilen, SİGORTALI ve SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.19. TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("*TTB*") tarafından yayınlanarak TC. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR'ların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20. TAZMİNAT

SAĞLIK GİDERLERİ'nin ilgili POLİÇE döneminde yer alan TEMİNATLAR, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır.

1.21. TEMİNAT

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risk'lere karşı vermiş olduğu ilgili POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

1.22. YENİLEME

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra sözleşmenin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir POLİÇE' nin düzenlenmesidir.

1.23. YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetki verilmiş DOKTOR'lardır.

1.24. ZEYİLNAME

Sigorta sözleşmesinin bazı hükümlerinin sözleşmenin akdedilmesinden sonra değiştirilmesine ifade eden ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden belgedir.

1.25. REÇETE

DOKTOR, Diş Hekimi tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, SİGORTALI ad-soyadı, DOKTOR ad-soyadı, imzası, diploma numarası bulunan hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tariflerini belirten belgedir.

1.26. ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ

ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşen, Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Küçük Cerrahi ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ'nin, SİGORTACI tarafından TAZMİNAT'a esas alınacak ve POLİÇE üzerinde belirtilmiş azami yıllık brüt tutarıdır. SİGORTACI tarafından ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden ödenen TAZMİNAT'lar bu limitten düşülür.

1.27. İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin (RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların) SİGORTACI'nın değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

1.28. TAZMİNAT SÜRPRİMİ

SİGORTALI'nın POLİÇE döneminde oluşan TAZMİNAT toplamı sebebiyle YENİLEME POLİÇE'sine ilave edilen PRİM'dir.

1.29. HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin değerlendirilmesi sonucunda, bu RİSK/RİSK'ler için kişinin POLİÇE PRİM'ine belli oranda ek PRİM ilave edilerek bu RİSK'in teminat kapsamı içine alınmasıdır.

1.30. YENİ İŞ

SİGORTALI'nın, Allianz Sigorta A.Ş'nin satışa sunmuş olduğu Bireysel Sağlık Sigorta Poliçeleri'nden birini tercih ederek ilk kez teminat altına girdiği Bireysel Sağlık POLİÇE'sini ifade eder. Devam etmekte olan bir POLİÇE'ye ara dönem veya YENİLEME dönemi itibarıyla eş ve çocuk girişi bu kapsamda değerlendirilmez.

1.31. BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Anne, baba, evlenmemiş çocuk(lar)'dan ve evlat edinme ilişkisi ile oluşan çekirdek aile'nin bir arada yer alabildiği sağlık sigortası türüdür.

1.32. GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Ettiren bir tüzel kişiliğe Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ilişkisi ile bağlı olarak çalışan Bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılan sağlık sigortası türüdür.

1.33. PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

1.34. İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık Sigortasına ilk başvuru sırasında doldurulan Ön Bilgi Formunda yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde, Bireysel poliçelerin aileyi de kapsamı durumunda Ön Bilgi Formu'nda yer alan kişinin İLETİŞİM BİLGİLERİ tüm aile bireyleri için kullanılır ve bu kişiye yapılacak bildirimler, varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

Grup Poliçeleri'nde, Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

2. TEMİNATLAR İş bu Poliçe'de "Ana Teminatlar" standart olarak, "İsteğe Bağlı Teminatlar"

ve/veya "Hamilelik/Doğum Teminatı" seçimli olarak sunulmaktadır.

Ancak; SİGORTALI'nın, Hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için Poliçe'de teminat bulunmamaktadır.

2.1. ANA TEMİNATLAR

2.1.1. YATARAK TEDAVİLER

SİGORTALI'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki DOKTOR, ameliyathane, yatak-yemek, refakatçi, her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığının veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatları ("*Yatarak Tedavi Teminatı*") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan ameliyatlı ya da ameliyatsız tedavilere ait SAĞLIK GİDERLERİ, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan, POLİÇE ve/veya ilgili TEMİNAT için geçerli olduğu belirtilmiş SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşmesi koşulu ile karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan tedavilerde, normal yatışlarda POLİÇE yılı içerisinde yatılan süre, 180 gün ile sınırlı olup, normal oda yatışlarında bir(1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki(2) gün üzerinden ve POLİÇE yatış süresinden düşülerek hesaplanır.

2.1.1.1.AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri ile ESWT (*Extra corporeal shock wave therapy - şok dalga tedavisi ile taş kırma vb*) giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Diş hekimleriyle ağız ve çene cerrahi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatlara Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır. Sadece trafik kazası sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlara bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*DOKTOR ücreti dahil*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.1.2.AMELİYATSIZ TEDAVİ

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 SAĞLIK GİDERLERİ, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (*gözlem, müşahede*), SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.1.3. EVDE BAKIM

SİGORTALI'nın yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten DOKTOR'u tarafından evde uygulanması istenen tedavi planının, SİGORTALI'nın hastaneden taburcu olurken SİGORTACI tarafından onaylanması ve POLİÇE yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren evde tıbbi bakım hizmet giderleri Poliçe Genel ve Özel Şartları esas olmak üzere, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.1.4.AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

SİGORTALI'nın POLİÇE ve Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş ameliyatı ile ilgili oluşan fizik tedavi giderleri hastaneden taburcu olduktan sonra başlaması ve 60 gün içinde tamamlanması şartıyla, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek

değerlendirilir. Bu teminat işlemlerin yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın, yurtiçi TAZMİNAT'larda yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olup %80 oranında karşılanır. Yurtdışı TAZMİNAT'larda POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (*bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler*) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biopsi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERLERİ, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında, bu işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TARİFE'deki birimi ve yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (*preop kan tahlili bu kapsamdadır*) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (*ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç*) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (*intrartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi*) ve omurga/disk hastalıklarına yönelik olarak uygulananlar haricindeki her türlü ağrı tedavileri, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak hangi teminat kapsamına (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) gireceği belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.3. KEMOTERAPİ - RADYOTERAPİ – DİALİZ

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavi giderleri (*hastane, ilaç, DOKTOR ücreti*), Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı kapsamında karşılanır. HASTALIK ve kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin kontrol, takip sürecinde yapılan SAĞLIK GİDERLERİ, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.3.1. KEMOTERAPİ – RADYOTERAPİ - DİYALİZ İÇİN TETKİK

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavileri süresince tedavinin planlanması ve takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında POLİÇE'DE belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde karşılanır. Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ tedavisinin ve yukarıda adı geçen tetkiklerin yurtdışında yapılması durumunda ise "Yurtdışı Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik" teminatından yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.4. YAPAY UZUV

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ile vücuda implante edilen cihazlardan; memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, kalp pili, ICD, koklear implantlar ve vücut içi pompalar gerekliliğinin DOKTOR raporuyla belgelenmesi ve YETKİLİ DOKTOR'un onaylaması koşulu ile, olay tarihinde yürürlükte bulunan POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.5. KAZA SONUCU VEFAT VE SÜREKLİ SAKATLIK

Bu TEMİNAT, POLİÇE kapsamında sigortalanan ve yaşları 18 ve üzeri olan SİGORTALI'nın bir kaza sonucu vefat etmesi veya sürekli sakat kalması halinde ilişik Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.1.6. HAYAT

Bu TEMİNAT (işbu teminat Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş tarafından verilmektedir), POLİÇE kapsamında sigortalanan, yaşları 18(dahil) – 49(dahil) yaşları arasında olan ve Hayat teminatı verilmesi SİGORTACI tarafından onaylanmış SİGORTALI'ların ecelen, kazaen veya hastalık sonucu vefat etmesi halinde ilişik Hayat Sigortası Genel ve Özel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.2. İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

2.2.1. AYAKTA TEDAVİ

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında ve bu kurumların anlaşmalı DOKTOR'ları tarafından yapılan ve YETKİLİ DOKTOR tarafından da onaylanan DOKTOR muayene, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, aşağıda tanımları yapılan Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. SİGORTACI bu kurumlar dışında oluşacak tanı ve tedavi giderlerinin %60'ını karşılar.

2.2.1.1. DOKTOR MUAYENE

SİGORTALI'nın bir kaza veya RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, klinik, özel muayenehane, acil durumlarda evde, DOKTOR tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.2. İLAÇ VE AŞILAR

DOKTOR tarafından SİGORTALI'nın tedavisi için gerekli görülen ilaç'lar ile ilgili giderler POLİÇE özel şartları dahilinde en fazla 5 kalem ve her kalemden en fazla 10 günlük doz olacak şekilde, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Ancak tedaviyi üstlenen DOKTOR tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen ilaç'lar, POLİÇE özel şartları dahilinde, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması halinde en fazla 60 günlük dozlar halinde REÇETE edilebilir.

SİGORTACI tarafından kabul edilen ilaç'lara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ve ilaç'ların alınma (*fatura/fiş*) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili ilaç gideri tazmin edilmeyecektir.

Çocukluk çağı rutin aşıları; 0-6 yaş için; 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus Influenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su Çiçeği, BCG (verem), 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 0-1 yaş için 2 doz Rotavirüs, 0-3 yaş için 2 doz Hepatit A aşısı olarak belirlenmiştir.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri ise, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR'un onay vermesi koşuluyla, ilgili TEMİNATLAR kapsamında karşılanır.

2.2.1.3. LABORATUVAR TETKİKLERİ VE RÖNTGEN

Bir hastalığın tanısı için DOKTOR tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri ile, röntgen (*mamografi ve ilaçlı grafiler dahil*), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.4. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Münhasıran fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. POLİÇE yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon

giderleri toplam **20** seans ve TARİFE ile sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir(1) seans olarak değerlendirilir.

2.2.2. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ

Bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler (*Smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile; tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biopsiler bu teminatın kapsamındadır. Karaciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TARİFE'deki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır*), anjiyografi (*sadece kardiyak anjiyografi Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır*), 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahade), amniosentez ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (*yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil*), ağrı tedavileri (yapılan işlemlerin TARİFE'deki birimi dikkate alınmadan) ile ilgili giderler hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. (Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır.)

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.3. HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI 2.3.1. DOĞUM/SEZARYEN TEMİNATI

Hamilelik Ve Doğum Teminatı, Limitsiz Sağlık Sigortası Özel Şartları Madde 2.1 'de belirtilen Ana Teminatlar'a ek olarak alınması durumunda geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen, "doğum ve hamilelik" komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (*bebek ile ilgili harcamalar hariç*), sadece Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçesi için geçerli olduğu belirtilen ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında gerçekleştirilmesi koşulu ile POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.

Hamilelik, Doğum ve/veya komplikasyonlarına bağlı takip ve tedavilerin SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ödenecek DOKTOR ücreti; SİGORTALI'nın tercih ettiği ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU ile SİGORTACI arasında belirlenen DOKTOR ücretini aşamaz.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında, hastanede yatmadan yapılan hamileliliğin takibi ile ilgili giderler, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Limitsiz Sağlık Sigortası Özel Şartları Madde 2.1 'de belirtilen Ana Teminatlar'a ek olarak, Hamilelik Ve Doğum teminatının alınmaması durumunda, hamileliliğin takibi ile ilgili giderler, SİGORTALI'nın İsteğe Bağlı Teminat'ları olsa dahi karşılanmaz.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, 18 ile 54 yaş arası bayan SİGORTALILAR için geçerlidir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı POLİÇE'de çocuk konumunda sigortalanmış bayanlar için geçerli değildir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, SİGORTALI'nın Hamilelik Ve Doğum Teminatı bulunan POLİÇE kapsamına dahil olmasından en az "5 ay" sonra başlayacak hamilelikleri için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi dikkate alınır. Doğum Teminatı için 5 aylık bekleme dönemini tamamlamayan SİGORTALI'nın doğum, hamilelik komplikasyonu ve/veya takibi ile ilgili giderleri de TEMİNAT kapsamı dışındadır. YENİLEME'de POLİÇE veya TEMİNAT planı'nın farklı olması durumunda 5 aylık bekleme dönemi yeni poliçenin başlangıç tarihi itibarıyla tekrar başlar.

SİGORTALI'nın doğumun itibarıyla gerçekleşeceği yıl tercih ettiği Bireysel Sağlık Poliçe türü veya TEMİNAT planı ile bir önceki yıl POLİÇE'si veya TEMİNAT planı farklı olamaz. Doğumun gerçekleştiği yıl ile bir önceki yıl SİGORTALI'nın POLİÇE veya TEMİNAT planı arasında farklılık olursa, SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı'nı bir önceki yıl POLİÇE'sinin yenileme dönemindeki TEMİNAT limitleri ve şartları dahilinde karşılamakta veya SİGORTALI'dan fark PRIM talep ederek doğumun gerçekleşeceği yıldaki POLİÇE veya TEMİNAT planını uygulamakta serbesttir.

Bu teminat TC sınırları içerisinde ve sadece poliçenin geçerli olduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerlidir.

2.3.2 YENİ DOĞAN TEMİNATI

POLİÇE'sinde "Hamilelik ve Doğum Teminatı" bulunan ve doğumunu Hamilelik ve Doğum Teminatı tanımı ve POLİÇE özel şartları dahilinde gerçekleştiren sigortalıların, doğum veya sezaryen nedeniyle planlanan süre dahilinde hastanede yatışı sırasında, bebeğin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan muayene ve rutin tetkik giderlerinin POLİÇE Genel ve Özel Şartları dahilinde olanları Yeni Doğan Teminatı kapsamında karşılanır. Bebeğe bir hastalık saptanması nedeniyle yatışının uzaması ve/veya ek araştırma gerektiren durumlarda, bebeğe ait sağlık giderleri varsa, bebeğin poliçeye dahil edildiği tarih ve sonrası için, bebeğe ait teminatlar çerçevesinde, POLİÇE Genel ve Özel şartları kapsamında değerlendirilir.

3. DİĞER HİZMETLER VE TEMİNATLAR

3.1. ACİL YARDIM HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın SAĞLIK KURUMU'na nakli için sigortalı kartı üzerinde belirtilen " Acil Yardım Hattı "nı araması koşulu ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ve bu hizmetin verilebileceği bölgelerde "Acil Yardım Hizmetinden" yararlanır.

SİGORTALI'nın tıbbi donanımı yeterli olan en yakın SAĞLIK KURUMU'na kara yolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, SİGORTACI'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve YETKİLİ DOKTOR'un onayı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hava ambulans hizmeti SİGORTACI tarafından verilir.

3.2. KONTROL MAMOGRAFİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI bayanların yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde mamografi için geçerli olduğu belirtilen sağlık kurumlarında yaptıracakları kontrol mamografi ücretleri, POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.3. AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

SİGORTALI'nın günlük yaşamlarında karşılaşılabilecekleri tüm sağlık sorunlarına hitap edebilecek düzeyde tıbbi uzmanlık alanlarında yeterli eğitim görmüş ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan yetkili uzman hekimler tarafından verilen hizmetlerdir. Telefon ile sigortalı'nın isteyebileceği sağlık danışmanlığı hizmetleri ücretsizdir. Muayene ve tedaviler için poliçe şartları geçerlidir.

3.4. SAĞLIK TARAMA (check-up) HİZMETİ

Bu POLİÇE kapsamındaki SİGORTALI'larımızın (POLİÇE'de *ÇOCUK olarak bulunanlar hariç*), her poliçe yılında bir kez ve sadece Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan Sağlık Tarama (*check up*) Merkezi olarak listelenmiş sağlık kurumlarında, önceden randevu ve provizyon alınması şartıyla geçerli olan bir hizmettir.

Bu hizmet, POLİÇE PRİMİ'nin en az %50'sinin ödenmesinden sonra geçerlidir.

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde, birden fazla check-up paneli sunulmuş olup, her poliçe yılında sadece bir kez ve bir panel ücreti, POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.5. PSA TARAMA HİZMETİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI erkeklerin yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ndeki "PSA Tarama Merkezlerinde" yaptıracakları PSA (prostat spesifik antijen) tetkiki POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.6. TIBBİ MALZEME TEMİNATI

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK 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, işitme cihazından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. İsteğe Bağlı Teminatlar kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak, Poliçe'de İsteğe Bağlı Teminatlar var ise karşılanır.

4. ÖN BİLGİ FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SİGORTACI, POLİÇE kapsamına dahil olacak kişileri, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5. TEMİNAT'IN SÜREKLİLİĞİ

5.1. POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

A) Otomatik Yenileme Güvencesi veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI'nın bilgisi dahilinde olmayan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK durumlarında, SİGORTACI durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme güvencesi taahhüdüne son verme, ya da bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK ile ilgili TEMİNAT'ı durdurup yenileme güvencesi taahhüdünü, İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

B) Şirketimiz Bireysel veya Grup Sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve/veya ek sağlık poliçesi, Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçelerinde sağlanan sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

C) Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta POLİÇE'sinin satışının durdurulması halinde, bu POLİÇE'de devam etmekte olan Sigortalıların POLİÇE'leri bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve YENİLEME döneminde, sigortalı'ya, en az biten POLİÇE standartları'na haiz bir POLİÇE ve PLAN önerilecek ve POLİÇE PRIM'i önerilen POLİÇE ve PLAN'ının güncel tarifesi üzerinden hesaplanacaktır.

5.1.1 OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ

Sigortalının, 4. Maddede belirtilen Ön Bilgi Formu Değerlendirme aşamasında ilk poliçe dönemi olarak Allianz Bireysel poliçeye kabulü sonrasında aralıksız devam eden ilk üç tam bireysel poliçe yılı için mevcut ürün ve plan dahilinde otomatik olarak yenileneceği taahhütüdür ("Otomatik Yenileme Güvencesi").

a) Ön Bilgi Formu'nda beyan edilen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için yapılan uygulamalar, aşağıdaki hallerde, Otomatik Yenileme Güvencesi süresi sonuna kadar tekrar değerlendirilmez:

i. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları TEMİNAT kapsamı dışında bırakma kararı verirse,

ii. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak TEMİNAT kapsamına alma kararı verirse,

iii. SİGORTACI'nın kararı ile HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak TEMİNAT kapsamına alınan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların, SİGORTALI tarafından TEMİNAT kapsamı dışında bırakılması istenir ve bu SİGORTACI tarafından kabul edilirse.

b) Otomatik Yenileme Güvencesi verildikten sonra, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi koşuluyla, SİGORTALI'nın ardı ardına üç POLİÇE yılı süresince ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları yine bu üç sene boyunca TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanmayacaktır. POLİÇE başlangıcından önce mevcut ve beyan edilmemiş RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için bu uygulama geçerli değildir.

SİGORTACI, POLİÇE başlangıç tarihinden sonra POLİÇE'ye dahil olan EŞ ve/veya ÇOCUKLAR'ın katıldıkları POLİÇE'nin bitiş tarihini dikkate almaz ve POLİÇE'nin Yenileme tarihinden başlamak üzere yeni POLİÇE süresinin bitim tarihini baz alarak "Teminatın Sürekliliği" Maddesi uyarınca Otomatik Yenileme Güvencesi için değerlendirme yapar.

Otomatik Yenileme Güvencesi alınmış olan Poliçe'yi takip eden üç yıl için, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün, plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe

yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İLETİŞİM BİLGİLERİ'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Otomatik Yenileme Güvencesi'ne haiz Sigortalı/lar'a ait YENİLEME POLİÇE/LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletmek üzere, ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödelemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.1.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

SİGORTACI'nın, Otomatik Yenileme Güvencesi bitiminde yapacağı değerlendirme sonucunda, POLİÇE'nin SİGORTACI tarafından mevcut ürün ve plan dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür ("Ömür Boyu Yenileme Garantisi").

SİGORTACI, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi ve SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya zamanında ve derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, Otomatik Yenileme Güvence süresi sonunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi vermeye, SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak karar verir. Bu değerlendirmede SİGORTALI'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir veya SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırabilir. SİGORTACI tüm bu bilgiler dikkate alınarak yapılan tıbbi değerlendirme sonucunda SİGORTALI'nın mevcut veya RİSK taşıyan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını hastalık sürprimi ile TEMİNAT kapsamına alarak bu güvenceyi verebilir veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'ni vermeyip her yenileme döneminde tekrar değerlendirme yapabilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. Tüm değerlendirmeler sonucunda iki yıl üst üste ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alamayan SİGORTALI'lar bir daha ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ almak üzere değerlendirmeye alınmaz ve sigortalı her yenileme döneminin sonunda yapılan değerlendirmeye ilişkin olarak bilgilendirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken uygulanan HASTALIK SÜRPRİMİ ve/veya İSTİSNA'lar daha sonraki poliçe yenileme dönemlerinde tekrar değerlendirilmez.

SİGORTACI tarafından, üçüncü yıl sonunda yenilenmiş POLİÇE'lerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni POLİÇE'nin başlangıç tarihi arasında gerçekleşen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ın SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda, SİGORTACI, YENİLEME koşullarını tekrar değerlendirerek HASTALIK SÜRPRİMİ uygulama hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvenceyi kazandıktan sonra ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları da SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya zamanında ve derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları için hastalık sürprimi uygulanmayacaktır.

SİGORTACI, işbu "Özel Şartlar - Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak, Ömür Boyu Yenileme Garantisi alınmış olan Poliçe'nin yenileme döneminde, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İLETİŞİM BİLGİLERİ'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı

iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.2. PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK

Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni kazanmış SİGORTALI'nın PRİM borcunu ödememesi nedeniyle POLİÇE'nin iptal olması, herhangi bir nedenle sigortalılığının kesintiye uğraması durumunda, SİGORTACI'nın Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü son bulur.

5.3. ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Bireysel Poliçe yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme, Allianz Grup Sağlık poliçesine ilave veya sonlanan Grup Sağlık Poliçe devamı olarak Bireysel Sağlık poliçe talep etme, Diğer Sigorta Şirketlerindeki Sağlık Sigorta poliçelerinden Allianz Bireysel Sağlık Poliçelerine geçiş prensipleri aşağıda açıklandığı şekilde uygulanmaktadır.

SİGORTALI'ların Allianz'dan ikinci bir Bireysel Poliçe talebi kabul edilmez, Allianz Grup Sağlık Poliçesi devam ederken Grup Sağlık Poliçesine ek olarak alınan Bireysel Poliçeler Grup Sağlık Poliçesi'nde kazanılan haklarla ilişkilendirilemez.

5.3.1 ÜRÜN / PLAN DEĞİŞTİRME

SİGORTALI'ların Ürün/Plan değişiklik talepleri Poliçe bitiş Tarihi Öncesi ve Sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilmektedir. POLİÇE yenileme dönemlerinde SİGORTACI'nın diğer bir Bireysel Sağlık ürününün TEMİNATLAR'ı kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. YENİLEME dönemlerinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkına sahip SİGORTALI'nın mevcut poliçesinden daha kapsamlı POLİÇE veya plan değişikliği talep etmesi durumunda, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. SİGORTACI, POLİÇE veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ını teminat kapsamı dışında bırakabilir veya HASTALIK SÜRPRİMİ ile teminat kapsamına alabilir. SİGORTALI'nın mevcut poliçesine göre aynı ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerli ve daha dar kapsamlı bir Ürün/Plan'a geçiş talebi olması durumunda SİGORTACI yeniden tıbbi risk değerlendirmesi yapmadan talebi kabul eder. Bu durumda SİGORTALI'nın varsa İSTİSNA veya HASTALIK SÜRPRİMİ devam ettirilir.

Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. SİGORTALI'ların 65 yaş ve sonrası Ürün/Plan değişiklik talepleri kabul edilmez.

5.3.2. DİĞER SİGORTA ŞİRKETİNDEN GEÇİŞLER

SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta şirketinde, kesintisiz olarak en az bir tam yıl sağlık sigortasının bulunması ve poliçe bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORMU'nu doldurarak Allianz'a başvurması esastır.

SİGORTACI SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta Şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, ÖN BİLGİ FORMU'ndaki, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adayları'nı POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.3.3. ALLIANZ GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNDEN BİREYSEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNE GEÇİŞLER

Allianz Grup Sağlık sigortası olan sigortalıların, aksine bir sözleşme yok ise, grup sağlık poliçesinden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORM'u doldurulması koşuluyla Allianz Bireysel Sağlık Sigortası ürünlerine geçiş talepleri, ilgili grup sağlık sigortası poliçesinin protokolleri çerçevesinde değerlendirilir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmış olan sigortalılar, dahil oldukları grup sağlık sigortası planıyla aynı, yoksa en yakın Bireysel planda sigortalıdır. Sigortalının aynıveya en yakın Bireysel plan dışında daha farklı bir Sağlık ürününe geçiş talebi söz konusu olması durumunda, geçiş talep edilen ürünün yenileme, yenileme garantisi hakları dikkate alınarak Sigortalı'nın hangi koşullarda sigortalanacağına karar verilir.

Grup poliçeden bireysel poliçeye geçişte SİGORTALI'ların kesintisiz olarak en az bir tam yıl Sağlık Sigortasının bulunması Gerekmektedir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmamış olan sigortalıların geçiş koşullarına ÖN BİLGİ FORMU'ndaki sigortalı beyanları ve tüm kayıtlar incelenerek karar verilir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adaylarını POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.4. SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI Ön Bilgi Formu'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'ının olması veya POLİÇE teminatlarının SİGORTALI tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde POLİÇE, SİGORTACI tarafından feshedilebilir, bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR teminat kapsamı dışında bırakılarak veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak POLİÇE devam ettirilebilir. SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, "OTOMATİK YENİLEME ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ" kapsamında değerlendirilmez.

SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, her ne şartla olursa olsun bir daha kapsama dahil etmez. SİGORTACI'nın MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'a ait giderleri, SİGORTALI/SİGORTALILAR lehine işlem kolaylığı sağlayan PROVİZYON/E-PROVİZYON aşamasında kabul etmiş olması, SİGORTALI/SİGORTALILAR tarafından, TEMİNAT ve TAZMİNAT olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. SİGORTACI'nın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

6. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortacının, yenileme dönemleri itibarıyla PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER maddesi altında yer alan İNDİRİM ve/veya SÜRPRİM oranlarında makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

6.1 HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ

HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ, Allianz Sigorta A.Ş. Bireysel Sağlık POLİÇE YENİLEME'lerinde uygulanır. Allianz'da ilk sağlık poliçe başlangıç tarihi 01.04.2014 ve sonrasına ait olan sigortalıların kesintisiz olarak devam eden ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ bulunan yenileme poliçelerine TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz.

Uygulanan HASARSIZLIK İNDİRİMİ ve TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları;

- Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için;
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30 şeklindedir.

- Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30, %50 şeklindedir.

SİGORTACI'nın Poliçe Özel Şartları POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ başlığı altında belirtilen hakları saklı kalmak kaydı ile;

Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi'ne, "Kendisi" veya "Eşi" konumunda, ilk kez girişi yapılacak olan 18-54 yaş arasındaki bir bayan SİGORTALI'nın, Ana Teminat ile birlikte Hamilelik ve Doğum Teminatı tercih etmiş olması halinde (sadece "Yatarak Tedavi" ve "Hamilelik ve Doğum Teminatı" içeren 1.plan poliçelerde), poliçenin ilk YENİLEME döneminde yeni yıl SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz Yenileme dönemlerinde POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi halinde PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER başlığı altında yer alan maddeler ikinci YENİLEME POLİÇESİ'nde (ardışık üçüncü POLİÇE) uygulanmaya başlanır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ üzerindeki SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı ile SİGORTALI'nın o yıl içinde gerçekleşen TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranına göre, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne uygulanacak olan HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Ayrıca, transfer olarak değerlendirilen Sigortalı/lar'ın;

1. Allianz Sigorta A.Ş'de Grup Sağlık veya T.C'de faaliyet gösteren Diğer bir Sigorta Şirketi'nde Grup/Bireysel Sağlık Sigortası'na sahip olması (acil durum, tehlikeli hastalıklar, herhangi bir Poliçe'ye ek Sağlık Teminatı verilmesi ve benzeri uygulamalar hariçtir),

2. Yukarıdaki madde de belirtilen şekilde en az bir tam yıllık Sigortalılık sürecini tamamlayarak Poliçe'si devam etmekte iken veya Poliçe'sinin iptal olduğu tarihten itibaren en geç 30 gün içinde Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçe'sine (Doğum Teminatı içeren planlar hariçtir) geçiş/giriş yapmak üzere başvuru yapması,

3. Allianz Sigorta A.Ş Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçe'si başvuru öncesinde, kesintisiz devam eden diğer Poliçe'deki son 3 yıla ait Sigortalı Tazminat/Prim oranlarının tarihsel olarak geriye doğru incelenmesi kaydıyla (incelemeye konu edilen Poliçe silsilesindeki tam yıllar dikkate alınacak, bir tam yıldan eksik süreler değerlendirmeye girmeyecektir), ilk yıl ve takip eden yenileme Poliçe'lerinde de aşağıda belirtilen Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi oranları, Allianz Sigorta A.Ş onayı ile geçerli olacaktır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık Poliçesi'nde SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı	Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ'nde gerçekleşen SİGORTALI TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranı;		
	%50'den küçükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%50 (dahil) ile %100 (dahil) arasında ise, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%100'den büyükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya

%45 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır
%30 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok
%15 Hasarsızlık İndirimi ise	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok ise,	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
%15 Tazminat Sürprimi ise,	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır
%30 Tazminat Sürprimi ise,	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(**)
%50 Tazminat Sürprimi ise, (*)	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)

(*) Sadece Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için

(**) Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için bu oran %30 dur.

6.2. AİLE İNDİRİMİ

Aynı POLİÇE kapsamında sigortalanan anne, baba ve çocukları için, sigortalı sayısı iki kişi ise %5, üç veya daha fazla ise %10 indirim uygulanır.

6.3. ESNEK TAKSİT İNDİRİMİ

Standart olarak sekiz taksitli ödeme planına göre düzenlenen POLİÇE'nin yedi veya daha az taksit ile düzenlenmesinin istenmesi durumunda, SİGORTACI'nın ilgili dönemde yürürlükte olan iskonto oranları uygulanır.

6.4. DİĞER İNDİRİMLER

SİGORTACI, yukarıda ifade edilen indirimler dışında belirli kurallar çerçevesinde bir takım indirimler uygulama hakkını saklı tutar.

6.5. YAŞ SÜRPRİMİ UYGULAMASI

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve ilk poliçe döneminde 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan SİGORTALILAR'ın aralıksız devam eden yenileme poliçelerinde 64 yaş sonrası için ilgili poliçe dönemine ait 64 yaş TARİFE PRİMİ içinde yer alan Ferdi Kaza Prim miktarlarına, Şirket'in yine ilgili dönemde uygulamada olan ve sigortalının yenileme

poliçe başlangıç tarihindeki yaşına denk gelen yaş sürprim oranları eklenecektir. Ferdi Kaza Yaş Sürprim oranları aşağıda gösterilmektedir.

Yaş	Ferdi Kaza
65	10%
66	15%

Yaş	Ferdi Kaza
69	30%
70	35%

Yaş	Ferdi Kaza
73	50%
74	55%

67	20%	71	40%	75	60%
68	25%	72	45%	>= 76	FK verilmez

6.6. FARK PRİM ZEYİLİ

Aşağıdaki TAZMİNAT ödemelerinden herhangi birisinin SİGORTALI TAZMİNAT/NET SAĞLIK PRİM oranını değiştirerek, otomatik YENİLEME şeklinde önceden düzenlenen POLİÇE PRİM'ini arttırması durumunda SİGORTACI oluşacak fark PRİM'i, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI' dan ZEYİLNAME ile ayrıca talep eder.

- İhbar edilmiş veya provizyon verilmiş ancak henüz ödenmemiş TAZMİNAT'lar,
- Yenileme tarihine kadar ödenecek TAZMİNAT'lar,
- POLİÇE bitiş tarihi sonrası, ilgili poliçe dönemine ait tazminat taleplerinden geriye dönük ödenen TAZMİNAT'lar.

6.7. TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan tarife değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl tarife primi ile yenileme dönemindeki tarife primi arasındaki farkın belirli bir band dahilinde kalmasını teminen tarife primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

6.8 SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'İN TALEBİ SONUCUNDA POLİÇENİN İPTALİ

SİGORTALI veya SİGORTA ETTİREN'in POLİÇE başlangıç tarihinden sonra dilekçe ile iptal talebinde bulunması durumunda; dilekçenin Allianz'a ulaştığı tarihe kadar geçen sürenin PRİMİ gün esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

7. POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ

7.1. EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın evlenmesi halinde EŞ'i veya SİGORTALI ailenin yeni doğan bebekleri, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde yürürlükte bulunan POLİÇE kapsamına, yeni bir Ön Bilgi Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilirler.

EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR'ın POLİÇE başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde POLİÇE PRİMLERİ POLİÇE'nin kalan süresi için gün esasına göre hesap edilir.

Evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde POLİÇE kapsamına dahil edilmeyen EŞ, 25 yaş (dahil) ve altındaki bekar ÇOCUKLAR ise takip eden POLİÇE YENİLEME dönemlerinde POLİÇE kapsamına alınabilecektir.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan POLİÇE'nin Özel Şart ve PRİM'leri geçerli olacaktır. POLİÇE'ye girişi yapılan EŞ/ BEBEK/ÇOCUKlar için yukarıda belirtilen şartlar dahilinde ayrıca PRİM tahakkuk ettirilecektir. EŞ/BEBEK/ÇOCUK girişlerinde ZEYİL POLİÇE PRİM'i ana POLİÇE'nin kalan vade sayına bölünür, ödemeler tamamlanmış ise, peşin olarak tahsil edilir.

7.2. BİZİM BEBEK

SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı dahilinde, en geç doğum tarihi itibarıyla iki ay içinde anne ve/ veya baba'nın Bireysel Sağlık POLİÇE'si kapsamına dahil edilmiş bebeklere ("Bizim Bebek"), sigorta başlangıç tarihi itibarıyla aşağıdaki şartlara bağlı olarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verir.

A) Annenin LİMİTSİZ SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ olması kaydıyla, anne ve babanın Hamilelik ve Doğum Teminatı'nda belirtilen bekleme süresi dahil, Allianz'da Sağlık Sigortalısı olarak yer almaları durumunda devam edecektir.

B) Ön Bilgi Formu beyanına istinaden, SİGORTACI tarafından yapılan RİSK değerlendirmesi sonucunda sigortalanmasına karar verilen bebeklerin MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'ları için İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanabilir veya bu güvenceyi vermek için takip eden POLİÇE YENİLEME döneminde değerlendirme yapılabilir.

8. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda, SİGORTACI'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirtilen TEMİNAT limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na yapılan ödemeler DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

SİGORTALI başvuruda bulunduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na sigortalı olduğunu belirtmek ve POLİÇE'de belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil Tedaviler dışındaki Ameliyat ve Tıbbi Tedaviler 48 saat önceden ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU aracılığı ile SİGORTACI'ya bildirilmediği takdirde DOĞRUDAN ÖDEME işlemi geçersizdir.

SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesi SONRADAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

Bu talep, POLİÇE şartları çerçevesinde SİGORTACI tarafından tazmin edilir.

8.1. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Hastanede Yatarak ya da Evde Bakım Teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında POLİÇE'nin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık gideri'ne konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski POLİÇE TEMİNATLAR'ından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ ise yeni POLİÇE TEMİNATLAR'ından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili HASTALIK için İSTİSNA uygulanan POLİÇE'de, bu tedavi ile ilgili TEMİNAT'ın süresi POLİÇE bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİ'NİN BELGELENDİRİLMESİ

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

A) SİGORTALILAR, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında "Doğrudan Ödeme" kapsamında karşılananların dışında, TEMİNATLAR kapsamında yaptıkları SAĞLIK GİDERLERİ'ne ait faturaların asıllarını Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") 'na kaydederek, ekinde göndermelidir. DOKTOR muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında DOKTOR kaşesi bulunmalı ve DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.

B) Tanı ve/veya tedavi sonucu Klinik v.b. SAĞLIK KURUMU'ndan kasa fişi yerine SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınamadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

C) Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler de eklenmelidir.

Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu,

DOKTOR muayenelerinde, anamnez raporu (*gerekli görülen durumlarda*),

Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, DOKTOR tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor,

Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde, DOKTOR istemi (*sevk belgesi*) ve tetkik sonuçları,

İlaç tedavilerinde, reçete'lerin asılları ve reçete'deki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları,

D) SİGORTALI, her türlü adli olayda (*trafik kazaları dahil*) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (*olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, vb.*) TAZMİNAT talebi (*DOĞRUDAN ÖDEME aşaması dahil*) ile birlikte sunmalıdır.

E) SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

F) 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.

9. SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

SİGORTA ETTİREN'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. SİGORTA ETTİREN'in, SİGORTALI olarak poliçede yer almadığı durumlarda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile SİGORTA ETTİREN değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise SİGORTACI'nın hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası SİGORTA ETTİREN'in kanuni varislerine iade edilir. İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir. SİGORTACI, TAZMİNAT'ın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle PRİM'e hak kazanmış olur. TAZMİNAT ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre PRİM iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN olması halinde, PRİM iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

10. SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI ve YURT DIŞINDA TEDAVİ

Bu sigorta TEMİNATLAR'ı TC. sınırları içinde geçerlidir. Sadece Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ tedavileri ile ilgili giderler yurt dışında SİGORTACI'nın onay verdiği vakalarda, Anlaşma Harici Kurum Limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. SAĞLIK GİDERİ'nin ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'ni aşması durumunda Yurt Dışı Ek Yatarak Tedavi Teminatı kullanılır. Yapay Uzuv Teminatı ile ilgili SAĞLIK GİDERİ yurt dışında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Yurt dışında SİGORTALI tarafından ödenen tedavi giderleri, tedavinin başlangıç tarihindeki TC. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya ödenir. Yurt dışında yapılan tedavilerde SİGORTALI, tedavi tarihinde yurt dışında tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla POLİÇE TEMİNATLAR'ından yararlanabilir. Yurt dışında yapılan tedavilere ait SAĞLIK GİDERLERİ'nin ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

11. SAĞLIK GİDERLERİ'NİN TAZMİN EDİLMESİ

A) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi- Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere %80 ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (*SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya*

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek, yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %80 ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Ön onay aşamasında kullanılan SİGORTACI'ya ait form üzerinde DOKTOR tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra DOKTOR tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, SİGORTACI, bu iki tutardan daha düşük olanını TAZMİNAT hesabında dikkate alacaktır.

iii. Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUM'u olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %80 ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek, yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %80 ödeme oranı ile; Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Ancak, hayati tehlike gösteren acil durumlarda, yapılan tedaviye ait gerekli tıbbi raporlar ile belgelenmesi ve SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşulu ile oluşan SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları, POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olup %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Yurtdışı danışma hattının ("Yurtdışı Danışma") kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile Doğrudan Ödeme kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Tıbbi Malzeme Teminatları yurt dışında geçersizdir.

B) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'unda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'unda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (*SİGORTALI'nın özel DOKTORu ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR*); POLİÇE'de belirtilen limit ve %60 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %60 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Ancak, hayati tehlike gösteren acil durumlarda, yapılan tedaviye ait gerekli tıbbi raporlar ile belgelenmesi ve SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşulu ile oluşan SAĞLIK GİDERLERİ, POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

vi. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesinde yer alan eczanelerde, ilaç ve Aşı Teminat tanımında belirtilen koşullar dahilindeki SAĞLIK GİDERİ POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

C) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Hamilelik ve Doğum Teminatı ile ilgili SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'unda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTORu ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); SİGORTALI'nın tercih ettiği ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU ile SİGORTACI arasında belirlenen DOKTOR ücretine kadar SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. Limitsiz Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ; (SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile olsa dahi) bu poliçe kapsamında karşılanmaz.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

D) Şirketimiz veya diğer sigorta şirketleri tarafından tazminata konu olan SAĞLIK GİDERİ'nin Sigortalı Katılım Payı ve/veya MUAFİYET tutarı olarak değerlendirilen bölümü, sigortalının Şirketimizde bulunan Sağlık poliçelerinden karşılanmaz.

12. RÜCU ve İSTİRDAT HAKKI

12.1. SİGORTACI, Poliçe Özel ve Genel şartlar kapsamında kabul ettiği ve ödediği SAĞLIK GİDERİ'ne üçüncü şahısların neden olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği TAZMİNAT tutarı kadarıyla üçüncü şahıslara rücu edebilir.

12.2. SİGORTACI, SİGORTALI/SİGORTALILAR adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI/SİGORTALILAR hesabına ödediği ancak poliçe özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, TAZMİNAT dahil her türlü ödemeyi, doğrudan SİGORTALI/SİGORTALILAR'dan talep hakkı bulunmaktadır. SİGORTALI/SİGORTALILAR'ın ve/veya tedaviyi düzenleyen SAĞLIK KURUMU veya Doktor'unun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. SİGORTACI'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle SİGORTACI'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

13. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir, "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak SAĞLIK GİDERİ de TEMİNAT kapsamı dışındadır:

A) POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,

B) POLİÇE başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve HASTALIK'lar, genetik HASTALIK'lar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen HAMİLELİK TAKİBİ hariç), büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fitiği, kordon kisti, hidrosel, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga

eğrilikleri (kifo, skolyoz gibi), Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidus, Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Jinekomasti ve obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri karşılanmaz.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalılar veya “Bizim Bebek” olan sigortalının doğumsal (konjenital) anomali, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidusa ait sağlık giderleri, “Allianz”ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması şartıyla, poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalıların Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

C) (a) ve (b) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve SİGORTACI'nın aksini bildirmediği tüm durumlarda POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fıtık, omurga ve disk hastalıkları, kist dermoid sakral, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, burun polipleri, kafa sinüs hastalıkları, diz, omuz, dirsek, kalça eklem hastalık ve lezyonları(menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.), katarakt, prostat, varis, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid bezi hastalıkları ile ilgili tedavi ve komplikasyonları için TEMİNATLAR POLİÇE başlangıcından 12 ay sonra başlar.

D) DENEYSEL veya ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ'ler.

Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını arttırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri.

Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT gibi muayene ve tetkikler (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) ile kuduz, tetanoz ve Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ödenecek aşılardan dışındaki her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar,

Reçete'ye veya tedavi protokolüne yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar,

- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, vitamin + mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin + mineral + diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar
- Yurda kaçak sokulan ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları.

E) Astım, RHY (Reaktif Hava Yolu), Bronş Hiperaktivitesi ve her türlü allerjik HASTALIK ile ilgili deri testleri ve aşı giderleri.

F) DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

G) Psikiyatrik, geriatric HASTALIK'lar, demansiyel sendrom (*bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi*) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

H) Polisede ayrı bir teminat olarak verilmediği sürece şaşılık ve kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil), ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin, kontrol ve komplikasyonları,

I) Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlar (*POLİÇE şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç*) ile kontrol ve komplikasyonları, anti-aging (*yaşlanmayı geciktirici*) çalışmalar için yapılan (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) homosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olamamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (*sklerozan-lazer tedavileri gibi*), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (*polisomnografi, uyku EEG'si*) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

J) Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (*phimosi vb.*), yardımla üreme teknikleri (*kısırlık tanı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi, ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanı-tedavi yöntem ve/veya komplikasyonları*), doğum kontrolü yöntemleri (*küretaj dahil*) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile, Genital Herpes, Genital ve Anal Papillomatöz lezyonlar (*Sığiller, Kondiloma Akkümünata vb.*), Genital ve Anal Molluscum Kontagiosum, Peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz (kemik erimesi) durumlarının her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

K) HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,

L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve HASTALIK'lar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI'nın geçirdiği HASTALIK, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

M) Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (*dağcılık, paraşütçülük, yolcu sıfatından gayri ve tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, ralli motokros gibi*) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,

N) Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, meme ve penil protezler ile, ayrı bir teminat olarak verilmedikçe gözlük, lens, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler ve ayrıca, tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, tv. gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

O) Sigortalılığı bir yılı aşan SİGORTALILAR için aynı HASTALIK nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan SAĞLIK GİDERİ,

P) SAĞLIK KURUMU veya DOKTOR'ların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak SAĞLIK GİDERİ,

R) POLİÇE TEMİNAT kapsamı dışında yapılan ile SAĞLIK KURUMU vasfını taşımayan yerlerde yapılan giderler,

S) Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler

T) Duruma göre, Sigortalı tarafından veya Sigortalı'ya yapılacak organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında, verici olduğu durumda Sigortalı ve alıcı için; Sigortalı'nın alıcı durumda ise organ ve/veya kan verecek kişi/kişiler için yapılan giderler; organ, kan ve/veya organın transfer giderleri ile bunlarla illiyet bağı taşıyan sonraki rahatsızlıklara dair her türlü tanı, tedavi veya cerrahi müdahaleler sonucu doğacak sağlık gideri,

U) Tedavilerin yurt dışında ya da yurtiçinde yapılması halinde seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

V) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler.

Y) Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran SİGORTALI ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan DOKTOR'un ücreti.

Z) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği ve/veya doğumda bekleme süresi tamamlanmadığı sürece, gebelik, doğum, sezeryan ve/veya bunlarla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait sağlık giderleri.

Ek1 Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ilişkin bilgiler;

Değerli Sigortalımız,

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarımız, Şirketimiz kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve ilan edilmektedir.

Anlaşmalı Kurumlarımıza ait en güncel bilgilere ulaşmak için, dilerseniz Müşteri Temsilcinizi / Acentenizi ve 444 45 46 nolu numaradan Allianz Çözüm Hattı'mızı da arayabilirsiniz.

www.allianz.com.tr adresinde "Anlaşmalı Sağlık Kurumu Arama", "Tıbbi Kadro Arama (doktor, diyetisyen, psikolog, diğer)", "Anlaşmalı Eczane Arama", "Hangi Hizmeti Nereden Alabilirim", "İndirim Uygulayan Merkezler" gibi başlıklar altında ihtiyacınıza uygun arama yapma olanakları sunulmaktadır.

Öncelikle tanı/tedavi işlemi için seçmiş olduğunuz Sağlık Kurumu'nun POLİÇE'niz için geçerli olup olmadığını web sitesinden kontrol etmenizi öneririz. Tercih ettiğiniz kurumun detay bilgilerine girdiğinizde hangi ürünlerde geçerli olduğunu, iletişim/adres bilgilerini ve o kuruma özel uygulamalarla ilgili bilgilendirmelere ulaşabilirsiniz.

Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında göreceğiniz tedaviler için poliçe türüne göre ve kapsamındaki teminat limitleri / ödeme yüzdeleri dahilinde masraflarınızın sizin adınıza doğrudan anlaşmalı kuruma ödenmesi sağlanacaktır.

Lütfen, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndaki yetkililerimize, Sigortalı Tanıtım Kartı'nızı kimlik belgenizle birlikte işlemlerinizden önce göstererek, Allianz sigortalısı olduğunuzu belirtiniz. Sigortalı Tanıtım Kartı'nız yenilenen poliçeleriniz için de geçerli olacaktır.

Kullanmak istediğiniz Sağlık Kurumu, sahip olduğunuz ürün çerçevesinde geçerli olmasa da ilgili kurum yetkilisiyle görüşüp tanıtım kartınızı veya poliçenizi göstererek indirim olanaklarından faydalanabilirsiniz.

Allianz Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan kurumlar, ürün ve hizmetlere ait geçerlilik bilgileri sadece bilgilendirme amaçlı olup faaliyet ve hizmet açıklamaları kurumlar tarafından iletilen bilgilerle sınırlıdır. Hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almanız gerekmektedir.

Allianz, Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan tüm listelerde önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir, sayfada yer alan bilgiler bilgilendirme amaçlı olduğundan yapılan değişiklik kullanıcıya bir hak bahşetmez, Allianz'ın değişiklik nedeniyle sorumluluğu bulunmamaktadır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde 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. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

Ek2

Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o sigortacıyı 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.

Optimum Sağlık Sigortası Özel Şartlar

Allianz Sigorta AŞ. ("Allianz") aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar"), ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede teminat olarak yer alıyorsa Hayat Sigortası Özel Şartları, Hayat ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği çerçevesinde, Sigortalı ve/veya Sigortalıların, "Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"ne göre poliçe ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'ni ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme oranları dahilinde karşılar.

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

1. TANIMLAR

1.1. DOKTOR

Poliçe teminatlarının geçerli olduğu ülke/ülkelerin kanunları ile tıp san'atını icra etmeye yetkili kılınmış kimsedir.

1.2. HASTALIK

SİGORTALI'nın, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir DOKTOR tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

1.3. RAHATSIZLIK

Ergin bir insanın DOKTOR'a başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

POLİÇE'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü RAHATSIZLIK veya HASTALIK'tır.

1.5. TIBBİ GEREKLİLİK

YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması kaydıyla, uygulanacak tıbbi hizmet veya gerecin, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/veya tedavisi için gerekli ve etkili olmasıdır. Bir DOKTOR tarafından uygulanmış olması, tek başına TIBBİ GEREKLİLİK anlamı taşımaz.

1.6. DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

SİGORTALI'ya 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 veya herhangi bir RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol(check-up) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7. SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve POLİÇE süresi dahilinde RİSK ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan, DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (istem, REÇETE) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

1.8. SAĞLIK KURUMU

Özel kanunları uyarınca TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

1.8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Yapılacak tıbbi işlemler öncesinde YETKİLİ DOKTOR ve/veya SİGORTACI'dan onay almaları şartıyla, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve poliçe özel şartlarının ayrılmaz bir parçası olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu DOKTOR'ları kapsamaktadır.

1.8.2. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunmayan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen DOKTOR'lar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu vasıflarına haiz olmakla birlikte, SAĞLIK GİDERİ'nin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan kişileri kapsamaktadır.

1.9. DOĞRUDAN ÖDEME

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirttiği teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödenmesidir.

1.9.1. PROVİZYON / E-PROVİZYON

Sigortacıdan, tahakkuk sırasında nihai olarak değerlendirme hakkı saklı kalmak koşulu ile onay bekleyen tazminat taleplerini ifade etmektedir. E-provizyon/Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın tahakkuk safhasında tazminat talebini değerlendirerek gerek teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir. Allianz'ın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi esas olacaktır.

1.9.2. TAHAKKUK

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden PROVİZYON/E-PROVİZYON alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, Poliçe Teminat ve Limitleri, Poliçe Genel ve Özel Şartları dahilinde değerlendirerek, SAĞLIK KURUM'larına ve/veya Sigortalı/Sigortalılar'a ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verdiği nihai safhayı ifade eder.

1.10. SONRADAN ÖDEME

SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınmaksızın SAĞLIK GİDERİ'nin SİGORTALI tarafından önce SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir.

1.11. PRİM 1.11.1 TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Optimum Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık ve varsa Ferdi Kaza ile Hayat Primi toplamını gösteren baz primi ifade eder.

1.11.2. SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Optimum Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık baz primini ifade eder.

Sağlık tarife primi, seçilen ürün ve plan tipine, poliçede geçerli olan anlaşmalı sağlık kurumlarına, sigortalının yaş, cinsiyet, ikametgah adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Şirket tarife primini periyodik aralıklar ile portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

1.11.3. SAĞLIK PRİMİ

Tarife Primi üzerine, her bir sigortalı için varsa Hastalık Sürprimi, Tazminat Sürprimi ilave edilmiş prim tutarıdır.

1.11.4. NET SAĞLIK PRİMİ

SAĞLIK PRİMİ üzerine iş bu poliçe özel şartları kapsamında hak edilen tüm indirimler uygulandıktan sonra elde edilen prim tutarıdır. Tazminat / Prim oranı hesaplamasında bu prim kullanılır .

1.11.5 POLİÇE PRİMİ

Net Sağlık Primi üzerine, verilmiş ise poliçe üzerinde belirtilen Ferdi Kaza ve/veya Hayat Primi ile bu ek teminatlara ait vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan SİGORTA ETTİREN'in ödemekle yükümlü olduğu Sağlık Sigortası Sözleşme bedelidir.

1.12. RİSK

Tarafların iradeleri dışında oluşan, belirsiz ve gelecekte ortaya çıkabilecek bir olaydır.

1.13. SİGORTACI

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği RİSK'e PRİM karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçe'de, Sigortacı "Allianz"dır.

1.14. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve RİSK gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir.

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri ile 17 (dahil) yaş arasındaki bekar çocuklar ancak anne ve/veya babaları ile birlikte sigortalanabilirken, Sigortalı ailenin 25 yaşa kadar (25 dahil) bekar çocukları aileleri ile birlikte aynı POLİÇE'de sigortalanabilir. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

1.15. EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.16. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayeti altındaki çocukları.

1.17. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve PRİM ödemek dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan kişidir.

1.18. POLİÇE

SİGORTACI tarafından imzalanarak SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'e verilen, SİGORTALI ve SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.19. TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("TTB") tarafından yayınlanarak TC. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR'ların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20. TAZMİNAT

SAĞLIK GİDERLERİ'nin ilgili POLİÇE döneminde yer alan TEMİNATLAR, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır.

1.21. TEMİNAT

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risk'lere karşı vermiş olduğu ilgili POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

1.22. YENİLEME

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra sözleşmenin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir POLİÇE' nin düzenlenmesidir.

1.23. YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetki verilmiş DOKTOR'lardır.

1.24. ZEYİLNAME

Sigorta sözleşmesinin bazı hükümlerinin sözleşmenin akdedilmesinden sonra değiştirilmesine ifade eden ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden belgedir.

1.25. REÇETE

DOKTOR, Diş Hekimi tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, SİGORTALI ad-soyadı, DOKTOR ad-soyadı, imzası, diploma numarası bulunan hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tariflerini belirten belgedir.

1.26. ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ

ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşen, Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Küçük Cerrahi ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ'nin, SİGORTACI tarafından TAZMİNAT'a esas alınacak ve POLİÇE üzerinde belirtilmiş azami yıllık brüt tutarıdır. SİGORTACI tarafından ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden ödenen TAZMİNAT'lar bu limitten düşülür.

1.27. İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin (RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların) SİGORTACI'nın değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

1.28. TAZMİNAT SÜRPRİMİ

SİGORTALI'nın POLİÇE döneminde oluşan TAZMİNAT toplamı sebebiyle YENİLEME POLİÇE'sine ilave edilen PRİM'dir.

1.29. HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin değerlendirilmesi sonucunda, bu RİSK/RİSK'ler için kişinin POLİÇE PRİM'ine belli oranda ek PRİM ilave edilerek bu RİSK'in teminat kapsamı içine alınmasıdır.

1.30. YENİ İŞ

SİGORTALI'nın, Allianz Sigorta A.Ş'nin satışa sunmuş olduğu Bireysel Sağlık Sigorta Poliçeleri'nden birini tercih ederek ilk kez teminat altına girdiği Bireysel Sağlık POLİÇE'sini ifade eder. Devam etmekte olan bir POLİÇE'ye ara dönem veya YENİLEME dönemi itibarıyla eş ve çocuk girişi bu kapsamda değerlendirilmez.

1.31. BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Anne, baba, evlenmemiş çocuk(lar)'dan ve evlat edinme ilişkisi ile oluşan çekirdek aile'nin bir arada yer alabildiği sağlık sigortası türüdür.

1.32. GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Ettiren bir tüzel kişiliğe Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ilişkisi ile bağlı olarak çalışan Bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılan sağlık sigortası türüdür.

1.33. PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder

1.34. İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık Sigortasına ilk başvuru sırasında doldurulan Ön Bilgi Formunda yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde, Bireysel poliçelerin aileyi de kapsamı durumunda Ön Bilgi Formu'nda yer alan kişinin İLETİŞİM BİLGİLERİ tüm aile bireyleri için kullanılır ve bu kişiye yapılacak bildirimler, varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

Grup Poliçeleri'nde, Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

2. TEMİNATLAR İş bu Poliçe'de "Ana Teminatlar" standart olarak, "İsteğe Bağlı Teminatlar"

ve/veya "Hamilelik/Doğum Teminatı" seçimli olarak sunulmaktadır.

Ancak; SİGORTALI'nın, Hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için Poliçe'de teminat bulunmamaktadır.

2.1. ANA TEMİNATLAR

2.1.1. YATARAK TEDAVİLER

SİGORTALI'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki DOKTOR, ameliyathane, yatak-yemek, refakatçi, her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığının veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatları ("Yatarak Tedavi Teminatı") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan ameliyatlı ya da ameliyatsız tedavilere ait SAĞLIK GİDERLERİ, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan, POLİÇE ve/veya ilgili TEMİNAT için geçerli olduğu belirtilmiş SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşmesi koşulu ile karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan tedavilerde, normal yatışlarda POLİÇE yılı içerisinde yatılan süre, 180 gün ile sınırlı olup, normal oda yatışlarında bir(1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki(2) gün üzerinden ve POLİÇE yatış süresinden düşülerek hesaplanır.

2.1.1.1. AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri ile ESWT (Extra corporeal shock wave therapy - şok dalga tedavisi ile taş kırma vb) giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Diş hekimleriyle ağız ve çene cerrahi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatlara Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır. Sadece trafik kazası sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlara bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*DOKTOR ücreti dahil*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.1.2. AMELİYATSIZ TEDAVİ

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve DOKTOR ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak SAĞLIK GİDERLERİ, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahade), SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.1.3. EVDE BAKIM

SİGORTALI'nın yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten DOKTOR'u tarafından evde uygulanması istenen tedavi planının, SİGORTALI'nın hastaneden taburcu olurken SİGORTACI tarafından onaylanması ve POLİÇE yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren evde tıbbi bakım hizmet giderleri Poliçe Genel ve Özel Şartları esas olmak üzere, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.1.4. AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

SİGORTALI'nın POLİÇE ve Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş ameliyatı ile ilgili oluşan fizik tedavi giderleri hastaneden taburcu olduktan sonra başlaması ve 60 gün içinde tamamlanması şartıyla, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek,

işlemlerin yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olarak %80 ödeme yüzdesi dahilinde, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biopsi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERLERİ, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında, bu işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TARİFE'deki birimi ve yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (preop kan tahlili bu kapsamdadır) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya, başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (intrartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi) ve omurga/disk hastalıklarına yönelik olarak uygulananlar haricindeki her türlü ağrı tedavileri, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak hangi teminat kapsamına (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) gireceği belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.3. KEMOTERAPİ - RADYOTERAPİ - DİALİZ

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavi giderleri (hastane, ilaç, DOKTOR ücreti), Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı kapsamında karşılanır. HASTALIK ve kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin kontrol, takip sürecinde yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, öncelikle Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatı kapsamında karşılanır. Tetkiklere ait sağlık giderlerinin Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatı limitini aşması durumunda, sigortalının eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri Teminatı kapsamında ve şartlarında karşılanır.

2.1.3.1. KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİALİZ İÇİN TETKİK

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için (ayaktan veya hastanede yatarak) yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavileri süresince tedavinin planlanması ve takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında POLİÇE'DE belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde karşılanır.

2.1.4. YAPAY UZUV

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ile vücuda implante edilen cihazlardan; memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, kalp pili, ICD, koklear implantlar ve vücut içi pompalar gerekliliğinin DOKTOR raporuyla belgelenmesi ve YETKİLİ DOKTOR'un onaylaması koşulu ile, olay tarihinde yürürlükte bulunan POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.5. KAZA SONUCU VEFAT VE SÜREKLİ SAKATLIK

Bu TEMİNAT, POLİÇE kapsamında sigortalanan ve yaşları 18 ve üzeri olan SİGORTALI'nın bir kaza sonucu vefat etmesi veya sürekli sakat kalması halinde ilişik Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.1.6. HAYAT

Bu TEMİNAT (işbu teminat Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş tarafından verilmektedir), POLİÇE kapsamında sigortalanan, yaşları 18(dahil) – 49(dahil) yaşları arasında olan ve Hayat teminatı verilmesi SİGORTACI tarafından onaylanmış SİGORTALI'ların ecelen, kazaen veya hastalık sonucu vefat etmesi halinde ilişik Hayat Sigortası Genel ve Özel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.2. İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

2.2.1. AYAKTA TEDAVİ

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde POLİÇE ekinde listesi verilen ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında yapılan ve YETKİLİ DOKTOR tarafından da onaylanan DOKTOR muayene, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, aşağıda tanımları yapılan Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. SİGORTACI bu kurumlar dışında oluşacak tanı ve tedavi giderlerinin %60'ını karşılar.

2.2.1.1. DOKTOR MUAYENE

SİGORTALI'nın bir kaza veya RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, klinik, özel muayenehane, acil durumlarda evde, DOKTOR tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.2. İLAÇ VE AŞILAR

DOKTOR tarafından SİGORTALI'nın tedavisi için gerekli görülen ilaç'lar ile ilgili giderler POLİÇE Özel şartları dahilinde en fazla 5 kalem ve her kalemden en fazla 10 günlük doz olacak şekilde, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Ancak tedaviyi üstlenen DOKTOR tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen ilaç'lar, POLİÇE Özel şartları dahilinde, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması halinde en fazla 60 günlük dozlar halinde REÇETE edilebilir.

SİGORTACI tarafından kabul edilen ilaç'lara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ve ilaç'ların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili ilaç gideri tazmin edilmeyecektir.

Çocukluk çağı rutin aşıları; 0-6 yaş için; 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su Çiçeği, BCG (verem), 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 0-1 yaş için 2 doz Rotavirüs, 0-3 yaş için 2 doz Hepatit A aşısı olarak belirlenmiştir.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri ise, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR'un onay vermesi koşuluyla, ilgili TEMİNATLAR kapsamında karşılanır.

2.2.1.3. LABORATUAR TETKİKLERİ VE RÖNTGEN

Bir hastalığın tanısı için DOKTOR tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri ile, röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.4. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Münhasıran fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. POLİÇE yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri toplam 15 seans ve TARİFE ile sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir(1) seans olarak değerlendirilir.

2.2.2. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ

Bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler (Smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile; tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biyopsiler bu teminatın kapsamındadır. Karaciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TARİFE'deki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır), anjiyografi (sadece kardiyak anjiyografi Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır), 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahade), amniosentez ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil), ağrı tedavileri (yapılan işlemlerin TARİFE'deki birimi dikkate alınmadan) ile ilgili giderler hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi - Teminatı kapsamında karşılanır. (Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır.)

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.3. HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI

2.3.1. DOĞUM/SEZARYEN TEMİNATI

Hamilelik Ve Doğum Teminatı, Optimum Sağlık Sigortası Özel Şartları Madde 2.1 'de belirtilen Ana Teminatlar'a ek olarak alınması durumunda geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen, "doğum ve hamilelik" komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (*bebek ile ilgili harcamalar hariç*), sadece Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve Optimum Sağlık Sigorta Poliçesi için geçerli olduğu belirtilen ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında gerçekleştirilmesi koşulu ile POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.

Hamilelik, Doğum ve/veya komplikasyonlarına bağlı takip ve tedavilerin SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ödenecek DOKTOR ücreti, SİGORTALI'nın tercih ettiği ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU ile SİGORTACI arasında belirlenen DOKTOR ücretini aşmamak kaydı ile Hamilelik ve Doğum Teminatı limit ve limit ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında, hastanede yatmadan yapılan hamileliliğin takibi ile ilgili giderler, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Optimum Sağlık Sigortası Özel Şartları Madde 2.1 'de belirtilen Ana Teminatlar'a ek olarak, Hamilelik Ve Doğum teminatının alınmaması durumunda, hamileliliğin takibi ile ilgili giderler, SİGORTALI'nın İsteğe Bağlı Teminat'ları olsa dahi karşılanmaz.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, 18 ile 54 yaş arası bayan SİGORTALILAR için geçerlidir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı POLİÇE'de ÇOCUK konumunda sigortalanmış bayanlar için geçerli değildir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, SİGORTALI'nın Hamilelik Ve Doğum teminatı bulunan POLİÇE kapsamına dahil olmasından en az "5 ay" sonra başlayacak hamilelikleri için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi dikkate alınır. Doğum Teminatı için 5 aylık bekleme dönemini tamamlamayan SİGORTALI'nın doğum, hamilelik komplikasyonu ve/veya takibi ile ilgili giderleri de TEMİNAT kapsamı dışındadır. YENİLEME'de POLİÇE veya TEMİNAT planı'nın farklı olması durumunda 5 aylık bekleme dönemi yeni poliçenin başlangıç tarihi itibarıyla tekrar başlar.

SİGORTALI'nın doğumun gerçekleşeceği yıl tercih ettiği Bireysel Sağlık Poliçe türü veya TEMİNAT planı ile bir önceki yıl POLİÇE'si veya TEMİNAT planı farklı olamaz. Doğumun gerçekleştiği yıl ile bir önceki yıl SİGORTALI'nın POLİÇE veya TEMİNAT planı arasında farklılık olursa, SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı'nı bir önceki yıl POLİÇE'sinin yenileme dönemindeki TEMİNAT limitleri ve şartları dahilinde karşılamakta veya SİGORTALI'dan fark PRİM talep ederek doğumun gerçekleşeceği yıldaki POLİÇE veya TEMİNAT planını uygulamakta serbesttir.

Bu teminat TC sınırları içerisinde ve sadece poliçenin geçerli olduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerlidir.

2.3.2 YENİ DOĞAN TEMİNATI

POLİÇE'sinde "Hamilelik ve Doğum Teminatı" bulunan ve doğumunu Hamilelik ve Doğum Teminatı tanımı ve POLİÇE özel şartları dahilinde gerçekleştiren sigortalıların, doğum veya sezaryen nedeniyle planlanan süre dahilinde hastanede yatışı sırasında, bebeğin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan muayene ve rutin tetkik giderlerinin POLİÇE Genel ve Özel Şartları dahilinde olanları Yeni Doğan Teminatı kapsamında karşılanır. Bebekte bir hastalık saptanması nedeniyle yatışının uzaması ve/veya ek araştırma gerektiren durumlarda, bebeğe ait sağlık giderleri varsa, bebeğin poliçeye dahil edildiği tarih ve sonrası için, bebeğe ait teminatlar çerçevesinde, POLİÇE Genel ve Özel şartları kapsamında değerlendirilir.

3. DİĞER HİZMETLER VE TEMİNATLAR

3.1. ACİL YARDIM HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın SAĞLIK KURUMU'na nakli için sigortalı kartı üzerinde belirtilen " Acil Yardım Hattı "nı araması koşulu ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ve bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Acil Yardım Hizmetinden" yararlanır.

SİGORTALI'nın tıbbi donanımı yeterli olan en yakın SAĞLIK KURUMU'na kara yolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, SİGORTACI'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve YETKİLİ DOKTOR'un onayı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hava ambulans hizmeti SİGORTACI tarafından verilir.

3.2. KONTROL MAMOGRAFİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI bayanların yılda bir kez ve sadece "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi" 'nde mamografi için geçerli olduğu belirtilen sağlık kurumlarında yaptıracakları kontrol mamografi ücretleri, POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.3. AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

SİGORTALI'nın günlük yaşamlarında karşılaşılabilecekleri tüm sağlık sorunlarına hitap edebilecek düzeyde tıbbi uzmanlık alanlarında yeterli eğitim görmüş ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan yetkili olan uzman hekimler tarafından verilen hizmetlerdir. Telefon ile SİGORTALI'nın isteyebileceği sağlık danışmanlığı hizmetleri ücretsizdir. Muayene ve tedaviler için POLİÇE şartları geçerlidir.

3.4. PSA TARAMA HİZMETİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI erkeklerin yılda bir kez ve sadece "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi" 'ndeki "PSA Tarama Merkezlerinde" yaptıracakları PSA (prostat spesifik antijen) tetkiki POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.5. TIBBİ MALZEME TEMİNATI

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK 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, işitme cihazından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. İsteğe Bağlı Teminatlar kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak, Poliçe'de İsteğe Bağlı Teminatlar var ise karşılanır.

4. ÖN BİLGİ FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ SİGORTACI, POLİÇE kapsamına dahil olacak kişileri, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın ön bilgi formu'nda beyan ettiği bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5. TEMİNAT'IN SÜREKLİLİĞİ

5.1. POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

A) Otomatik Yenileme Güvencesi veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI'nın bilgisi dahilinde olmayan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK durumlarında, SİGORTACI durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme güvencesi taahhüdüne son verme, ya da bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK ile ilgili TEMİNAT'ı durdurup yenileme güvencesi taahhüdünü, İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

B) Şirketimiz Bireysel veya Grup Sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve/veya ek sağlık poliçesi, Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçelerinde sağlanan sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

C) Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta POLİÇE'sinin satışının durdurulması halinde, bu POLİÇE'de devam etmekte olan Sigortalıların POLİÇE'leri bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve YENİLEME döneminde, sigortalı'ya, en az biten POLİÇE standartları'na haiz bir POLİÇE ve PLAN önerilecek ve POLİÇE PRİM'i önerilen POLİÇE ve PLAN'ının güncel tarifesi üzerinden hesaplanacaktır.

5.1.1. OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ

Sigortalının, 4. Maddede belirtilen Ön Bilgi Formu Değerlendirme aşamasında ilk poliçe dönemi olarak Allianz Bireysel poliçeye kabulü sonrasında aralıksız devam eden ilk üç tam bireysel poliçe yılı için mevcut ürün ve plan dahilinde otomatik olarak yenileneceği taahhütüdür ("Otomatik Yenileme Güvencesi").

a) Ön Bilgi Formu'nda beyan edilen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için yapılan uygulamalar, aşağıdaki hallerde, Otomatik Yenileme Güvencesi süresi sonuna kadar tekrar değerlendirilmez:

i. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları TEMİNAT kapsamı dışında bırakma kararı verirse,

ii. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak TEMİNAT kapsamına alma kararı verirse,

iii. SİGORTACI'nın kararı ile HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak TEMİNAT kapsamına alınan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların, SİGORTALI tarafından TEMİNAT kapsamı dışında bırakılması istenir ve bu SİGORTACI tarafından kabul edilirse.

b) Otomatik Yenileme Güvencesi verildikten sonra, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi koşuluyla, SİGORTALI'nın ardı ardına üç POLİÇE yılı süresince ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları yine bu üç sene boyunca TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanmayacaktır. POLİÇE başlangıcından önce mevcut ve beyan edilmemiş RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için bu uygulama geçerli değildir.

SİGORTACI, POLİÇE başlangıç tarihinden sonra POLİÇE'ye dahil olan EŞ ve/veya ÇOCUKLAR'ın katıldıkları POLİÇE'nin bitiş tarihini dikkate almaz ve POLİÇE'nin Yenileme tarihinden başlamak üzere

yeni POLİÇE süresinin bitim tarihini baz alarak "Teminatın Sürekliliği" Maddesi uyarınca Otomatik Yenileme Güvencesi için değerlendirme yapar.

Otomatik Yenileme Güvencesi alınmış olan Poliçe'yi takip eden üç yıl için, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İLETİŞİM BİLGİLERİ'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Otomatik Yenileme Güvencesi'ne haiz Sigortalı/la'ra ait YENİLEME POLİÇE/LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletmek üzere, ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödelemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.1.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

SİGORTACI'nın, Otomatik Yenileme Güvencesi bitiminde yapacağı değerlendirme sonucunda, POLİÇE'nin SİGORTACI tarafından mevcut ürün ve plan dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür ("Ömür Boyu Yenileme Garantisi").

SİGORTACI, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi ve SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, Otomatik Yenileme Güvence süresi sonunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi vermeye, SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak karar verir. Bu değerlendirmede SİGORTALI'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir veya SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırabilir. SİGORTACI tüm bu bilgiler dikkate alınarak yapılan tıbbi değerlendirme sonucunda SİGORTALI'nın mevcut veya RİSK taşıyan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını hastalık sürprimi ile TEMİNAT kapsamına alarak bu güvenceyi verebilir veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'ni vermeyip her yenileme döneminde tekrar değerlendirme yapabilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. Tüm değerlendirmeler sonucunda iki yıl üst üste ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alamayan SİGORTALI'lar bir daha ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ almak üzere değerlendirmeye alınmaz ve sigortalı her yenileme döneminin sonunda yapılan değerlendirmeye ilişkin olarak bilgilendirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken uygulanan HASTALIK SÜRPRİMİ ve/veya İSTİSNA'lar daha sonraki poliçe yenileme dönemlerinde tekrar değerlendirilmez.

SİGORTACI tarafından, üçüncü yıl sonunda yenilenmiş POLİÇE'lerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni POLİÇE'nin başlangıç tarihi arasında gerçekleşen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ın SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda, SİGORTACI, YENİLEME koşullarını tekrar değerlendirerek HASTALIK SÜRPRİMİ uygulama hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvenceyi kazandıktan sonra ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları da SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya zamanında ve derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları için hastalık sürprimi uygulanmayacaktır.

SİGORTACI, işbu "Özel Şartlar - Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni

poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak, Ömür Boyu Yenileme Garantisi alınmış olan Poliçe'nin yenileme döneminde, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İLETİŞİM BİLGİLERİ'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.2. PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK

Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni kazanmış SİGORTALI'nın PRİM borcunu ödememesi nedeniyle POLİÇE'nin iptal olması, herhangi bir nedenle sigortalılığının kesintiye uğraması durumunda, SİGORTACI'nın Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü son bulur.

5.3. ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME VE GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Bireysel Poliçe yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme, Allianz Grup Sağlık poliçesine ilave veya sonlanan Grup Sağlık Poliçe devamı olarak Bireysel Sağlık poliçe talep etme, Diğer Sigorta Şirketlerindeki Sağlık Sigorta poliçelerinden Allianz Bireysel Sağlık Poliçelerine geçiş prensipleri aşağıda açıklandığı şekilde uygulanmaktadır.

SİGORTALI'ların Allianz'dan ikinci bir Bireysel Poliçe talebi kabul edilmez, Allianz Grup Sağlık Poliçesi devam ederken Grup Sağlık Poliçesine ek olarak alınan Bireysel Poliçeler Grup Sağlık Poliçesi'nde kazanılan haklarla ilişkilendirilemez.

5.3.1. ÜRÜN / PLAN DEĞİŞTİRME

SİGORTALI'ların Ürün/Plan değişiklik talepleri Poliçe bitiş Tarihi Öncesi ve Sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilmektedir. POLİÇE yenileme dönemlerinde SİGORTACI'nın diğer bir Bireysel Sağlık ürününün TEMİNATLAR'ı kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. YENİLEME dönemlerinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkına sahip SİGORTALI'nın mevcut poliçesinden daha kapsamlı POLİÇE veya plan değişikliği talep etmesi durumunda, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. SİGORTACI, POLİÇE veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ını teminat kapsamı dışında bırakabilir veya HASTALIK SÜRPRİMİ ile teminat kapsamına alabilir. SİGORTALI'nın mevcut poliçesine göre aynı ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerli ve daha dar kapsamlı bir Ürün/Plan'a geçiş talebi olması durumunda SİGORTACI yeniden tıbbi risk değerlendirmesi yapmadan talebi kabul eder. Bu durumda SİGORTALI'nın varsa İSTİSNA veya HASTALIK SÜRPRİMİ devam ettirilir.

Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. SİGORTALI'ların 65 yaş ve sonrası Ürün/Plan değişiklik talepleri kabul edilmez.

5.3.2. DİĞER SİGORTA ŞİRKETİNDEN GEÇİŞLER

SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta şirketinde, kesintisiz olarak en az bir tam yıl sağlık sigortasının bulunması ve poliçe bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORMU'nu doldurarak Allianz'a başvurması esastır.

SİGORTACI SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta Şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, ÖN BİLGİ FORMU'ndaki, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adayları'nı POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.3.3. ALLIANZ GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNDEN BİREYSEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNE GEÇİŞLER

Allianz Grup Sağlık sigortası olan sigortalıların, aksine bir sözleşme yok ise, grup sağlık poliçesinden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORM'u doldurulması koşuluyla Allianz Bireysel Sağlık Sigortası ürünlerine geçiş talepleri, ilgili grup sağlık sigortası poliçesinin protokolleri çerçevesinde değerlendirilir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmış olan sigortalılar, dahil oldukları grup sağlık sigortası planıyla aynı, yoksa en yakın Bireysel planda sigortalanır. Sigortalının aynıveya en yakın Bireysel plan dışında daha farklı bir Sağlık ürününe geçiş talebi söz konusu olması durumunda, geçiş talep edilen ürünün yenileme, yenileme garantisi hakları dikkate alınarak Sigortalı'nın hangi koşullarda sigortalanacağına karar verilir.

Grup poliçeden bireysel poliçeye geçişte SİGORTALI'ların kesintisiz olarak en az bir tam yıl Sağlık Sigortasının bulunması gerekmektedir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmamış olan sigortalıların geçiş koşullarına ÖN BİLGİ FORMU'ndaki sigortalı beyanları ve tüm kayıtlar incelenerek karar verilir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adaylarını POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.4. SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ SİGORTACI, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI Ön Bilgi Formu'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'ının olması veya POLİÇE teminatlarının SİGORTALI tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde POLİÇE, SİGORTACI tarafından feshedilebilir bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR teminat kapsamı dışında bırakılarak veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak POLİÇE devam ettirilebilir. SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, "OTOMATİK YENİLEME ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ" kapsamında değerlendirilmez.

SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, her ne şartla olursa olsun bir daha kapsama dahil etmez. SİGORTACI'nın MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'a ait giderleri, SİGORTALI/SİGORTALILAR lehine işlem kolaylığı sağlayan PROVİZYON/E-PROVİZYON aşamasında kabul etmiş olması, SİGORTALI/SİGORTALILAR tarafından, TEMİNAT ve TAZMİNAT olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. SİGORTACI'nın

Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

6. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER Sigortacının, yenileme dönemleri itibarıyla PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER maddesi altında yer alan İNDİRİM ve/veya SÜRPRİM oranlarında makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

6.1. HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ

HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ, Allianz Sigorta A.Ş. Bireysel Sağlık POLİÇE YENİLEME'lerinde uygulanır. Allianz'da ilk sağlık poliçe başlangıç tarihi 01.04.2014 ve sonrasına ait olan sigortalıların kesintisiz olarak devam eden ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ bulunan yenileme poliçelerine TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz.

Uygulanan HASARSIZLIK İNDİRİMİ ve TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları;

- Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için;
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30 şeklindedir.
- Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30, %50 şeklindedir.

SİGORTACI'nın Poliçe Özel Şartları POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ başlığı altında belirtilen hakları saklı kalmak kaydı ile;

Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi'ne, "Kendisi" veya "Eşi" konumunda, ilk kez girişi yapılacak olan 18-54 yaş arasındaki bir bayan SİGORTALI'nın, Ana Teminat ile birlikte Hamilelik ve Doğum Teminatı tercih etmiş olması halinde (sadece "Yatarak Tedavi" ve "Hamilelik ve Doğum Teminatı" içeren 1.plan poliçelerde), poliçenin ilk YENİLEME döneminde yeni yıl SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz. Yenileme dönemlerinde POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi halinde PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER başlığı altında yer alan maddeler ikinci YENİLEME POLİÇESİ'nde (ardışık üçüncü POLİÇE) uygulanmaya başlanır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ üzerindeki SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı ile SİGORTALI'nın o yıl içinde gerçekleşen TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranına göre, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne uygulanacak olan HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.Ayrıca, transfer olarak değerlendirilen Sigortalı/lar'ın;

1. Allianz Sigorta A.Ş'de Grup Sağlık veya T.C'de faaliyet gösteren Diğer bir Sigorta Şirketi'nde Grup/Bireysel Sağlık Sigortası'na sahip olması (acil durum, tehlikeli hastalıklar, herhangi bir Poliçeye ek Sağlık Teminatı verilmesi ve benzeri uygulamalar hariçtir),

2. Yukarıdaki madde de belirtilen şekilde en az bir tam yıllık Sigortalı'lık sürecini tamamlayarak Poliçe'si devam etmekte iken veya Poliçe'sinin iptal olduğu tarihten itibaren en geç 30 gün içinde Optimum Sağlık Sigorta Poliçe'sine (Doğum Teminatı içeren planlar hariçtir) geçiş/giriş yapmak üzere başvuru yapması,

3. Allianz Sigorta A.Ş Optimum Sağlık Sigorta Poliçe'si başvuru öncesinde, kesintisiz devam eden diğer Poliçe'deki son 3 yıla ait Sigortalı Tazminat/Prim oranlarının tarihsel olarak geriye doğru incelenmesi kaydıyla (incelemeye konu edilen Poliçe silsilesindeki tam yıllar dikkate alınacak, bir tam yıldan eksik süreler değerlendirmeye girmeyecektir),

ilk yıl ve takip eden yenileme Poliçe'lerinde de aşağıda belirtilen Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi oranları, Allianz Sigorta A.Ş onayı ile geçerli olacaktır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık Poliçesi'nde SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı	Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ'nde gerçekleşen SİGORTALI TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranı;		
	%50'den küçükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%50 (dahil) ile %100 (dahil) arasında ise, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%100'den büyükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya
%45 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır
%30 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok
%15 Hasarsızlık İndirimi ise	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok ise,	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
%15 Tazminat Sürprimi ise,	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır
%30 Tazminat Sürprimi ise,	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(**)
%50 Tazminat Sürprimi ise, (*)	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)

(*) Sadece Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için

(**) Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için bu oran %30 dur.

6.2. AİLE İNDİRİMİ

Aynı POLİÇE kapsamında sigortalanan anne, baba ve çocukları için, sigortalı sayısı iki kişi ise %5, üç veya daha fazla ise %10 indirim uygulanır.

6.3. ESNEK TAKSİT İNDİRİMİ

Standart olarak sekiz taksitli ödeme planına göre düzenlenen POLİÇE'nin yedi veya daha az taksit ile düzenlenmesinin istenmesi durumunda, SİGORTACI'nın ilgili dönemde yürürlükte olan iskonto oranları uygulanır.

6.4. DİĞER İNDİRİMLER

SİGORTACI, yukarıda ifade edilen indirimler dışında belirli kurallar çerçevesinde bir takım indirimler uygulama hakkını saklı tutar.

6.5. YAŞ SÜRPRİMİ UYGULAMASI

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve ilk poliçe döneminde 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan SİGORTALILAR'ın aralıksız devam eden yenileme poliçelerinde 64 yaş sonrası için ilgili poliçe

dönemine ait 64 yaş TARİFE PRİMİ içinde yer alan Ferdi Kaza Prim miktarlarına, Şirket'in yine ilgili dönemde uygulamada olan ve sigortalının yenileme poliçe başlangıç tarihindeki yaşına denk gelen yaş sürprim oranları eklenecektir. Ferdi Kaza Yaş Sürprim oranları aşağıda gösterilmektedir.

Yaş	Ferdi Kaza
65	10%
66	15%
67	20%
68	25%

Yaş	Ferdi Kaza
69	30%
70	35%
71	40%
72	45%

Yaş	Ferdi Kaza
73	50%
74	55%
75	60%
>= 76	FK verilmez

6.6. FARK PRİM ZEYİLİ

Aşağıdaki TAZMİNAT ödemelerinden herhangi birisinin SİGORTALI TAZMİNAT/NET SAĞLIK PRİM oranını değiştirerek, otomatik YENİLEME şeklinde önceden düzenlenen POLİÇE PRİM'ini arttırması durumunda SİGORTACI oluşacak fark PRİM'i, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI' dan ZEYİLNAME ile ayrıca talep eder.

- İhbar edilmiş veya provizyon verilmiş ancak henüz ödenmemiş TAZMİNAT'lar,
- Yenileme tarihine kadar ödenecek TAZMİNAT'lar,
- POLİÇE bitiş tarihi sonrası, ilgili poliçe dönemine ait tazminat taleplerinden geriye dönük ödenen TAZMİNAT'lar.

6.7. TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan tarife değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl tarife primi ile yenileme dönemindeki tarife primi arasındaki farkın belirli bir band dahilinde kalmasını teminen tarife primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

6.8. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'İN TALEBİ SONUCUNDA POLİÇENİN İPTALİ

SİGORTALI veya SİGORTA ETTİREN'in POLİÇE başlangıç tarihinden sonra dilekçe ile iptal talebinde bulunması durumunda; dilekçenin Allianz'a ulaştığı tarihe kadar geçen sürenin PRİMİ gün esasından üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

7. POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ 7.1. EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın evlenmesi halinde EŞ'i veya SİGORTALI ailenin yeni doğan bebekleri, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde yürürlükte bulunan POLİÇE kapsamına, yeni bir Ön Bilgi Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilirler.

EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR'ın POLİÇE başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde POLİÇE PRİM'leri POLİÇE'nin kalan süresi için gün esasına göre hesap edilir.

Evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde POLİÇE kapsamına dahil edilmeyen EŞ, 25 yaş (dahil) ve altındaki bekar ÇOCUKLAR ise takip eden POLİÇE YENİLEME dönemlerinde POLİÇE kapsamına alınabilecektir.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan POLİÇE'nin Özel Şart ve PRİM'leri geçerli olacaktır. POLİÇE'ye girişi yapılan EŞ/BEBEK/ÇOCUKLAR için yukarıda belirtilen şartlar dahilinde ayrıca PRİM tahakkuk ettirilecektir. EŞ/BEBEK/ÇOCUK girişlerinde ZEYİL POLİÇE PRİM'i ana POLİÇE'nin kalan vade sayına bölünür, ödemeler tamamlanmış ise, peşin olarak tahsil edilir.

7.2. BİZİM BEBEK

SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı dahilinde, en geç doğum tarihi itibarıyla iki ay içinde anne ve/ veya baba'nın Bireysel Sağlık POLİÇE'si kapsamına dahil edilmiş bebeklere ("Bizim Bebek"), sigorta başlangıç tarihi itibarıyla aşağıdaki şartlara bağlı olarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verir.

A) Annenin OPTİMUM SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ olması kaydıyla, anne ve babanın Hamilelik ve Doğum Teminatı'nda belirtilen bekleme süresi dahil, Allianz'da Sağlık Sigortalısı olarak yer almaları durumunda devam edecektir.

B) Ön Bilgi Formu beyanına istinaden, SİGORTACI tarafından yapılan RİSK değerlendirmesi sonucunda sigortalanmasına karar verilen bebeklerin MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'ları için İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanabilir veya bu güvenceyi vermek için takip eden POLİÇE YENİLEME döneminde değerlendirme yapılabilir.

8. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya TEMİNAT'ı için geçerli olduğu belirtilmiş ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda, SİGORTACI'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirtilen TEMİNAT limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na yapılan ödemeler DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

SİGORTALI başvuruda bulunduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na sigortalı olduğunu belirtmek ve POLİÇE'de belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil Tedaviler dışındaki Ameliyat ve Tıbbi Tedaviler 48 saat önceden ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU aracılığı ile SİGORTACI'ya bildirilmediği takdirde DOĞRUDAN ÖDEME işlemi geçersizdir.

SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz" Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesi SONRADAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

Bu talep, POLİÇE şartları çerçevesinde SİGORTACI tarafından tazmin edilir.

8.1. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER Hastanede Yatarak ya da Evde Bakım Teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında POLİÇE'nin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, SAĞLIK GİDERİ'ne konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski POLİÇE TEMİNATLAR'ından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ ise yeni POLİÇE TEMİNATLAR'ından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili HASTALIK için İSTİSNA uygulanan POLİÇE'de, bu tedavi ile ilgili TEMİNAT'ın süresi POLİÇE bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİ'NİN BELGELENDİRİLMESİ Sağlık giderlerinin değerlendirilmesi , Sigortalı'nın, detayları aşağıdaki maddelerde yazılı bilgi ve belgeleri eksiksiz şekilde Allianz'a ulaştırmasını takiben Özel Şartlar ve TTK (Türk Ticaret Kanunu)'da öngörülen süreler içerisinde SİGORTACI tarafından gerekli incelemeler yapılarak tazminat işlemleri tamamlanacaktır.

A) SİGORTALILAR, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında "Doğrudan Ödeme" kapsamında karşılananların dışında, TEMİNATLAR kapsamında yaptıkları SAĞLIK GİDERLERİ'ne ait faturaların asıllarını "Allianz" Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") 'na kaydederek, ekinde göndermelidir. DOKTOR muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında DOKTOR kaşesi bulunmalı ve DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.

B) Tanı ve/veya tedavi sonucu Klinik v.b. SAĞLIK KURUMU'ndan kasa fişi yerine SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

C) Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler de eklenmelidir.

Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu.

DOKTOR muayenelerinde, anamnez raporu (gerekli görülen durumlarda),

Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, DOKTOR tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor,

Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde, DOKTOR istemi (sevk belgesi) ve tetkik sonuçları, ilaç tedavilerinde, REÇETE'lerin asılları ve REÇETE'deki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları,

Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,

D) SİGORTALI, her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, vb.) TAZMİNAT talebi (DOĞRUDAN ÖDEME aşaması dahil) ile birlikte sunmalıdır.

E) SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yi tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

9. SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

SİGORTA ETTİREN'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. SİGORTA ETTİREN'in, SİGORTALI olarak poliçede yer almadığı durumlarda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile SİGORTA ETTİREN değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise SİGORTACI'nın hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası SİGORTA ETTİREN'in kanuni varislerine iade edilir. İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

SİGORTACI, TAZMİNAT'ın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle PRİM'e hak kazanmış olur. TAZMİNAT ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre PRİM iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN olması halinde, PRİM iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

10. SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI Bu sigorta TEMİNATLAR'ı sadece TC. sınırları içinde geçerlidir. Hiçbir koşulda yurtdışında yapılan tanı ve tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERİ karşılanmaz.

11. SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

A) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olarak %80 ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %60 limit ödeme oranı ile; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek, yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %60 ödeme oranı ile; Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Ön onay aşamasında kullanılan SİGORTACI'ya ait form üzerinde DOKTOR tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra DOKTOR tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, SİGORTACI, bu iki tutardan daha düşük olanını TAZMİNAT hesabında dikkate alacaktır.

iii. Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilmiş veya hayati tehlike gösteren acil durumlara ait SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %60 limit ödeme oranı ile; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek, yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %60 ödeme oranı ile; Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile; Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olup %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

B) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'unda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); POLİÇE'de belirtilen limit ve %60 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %60 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

vi. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan eczanelerde, İlaç ve Aşı Teminat tanımında belirtilen koşullar dahilindeki SAĞLIK GİDERİ POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

C) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Hamilelik ve Doğum Teminatı ile ilgili SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'unda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); SİGORTALI'nın tercih ettiği ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU ile SİGORTACI arasında belirlenen DOKTOR ücretini aşmamak kaydı ile Hamilelik ve Doğum Teminatı limit ve limit ödeme oranı dahilinde karşılanır.

iii. Optimum Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ; (SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile olsa dahi) bu poliçe kapsamında karşılanmaz.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME

kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

D) Şirketimiz veya diğer sigorta şirketleri tarafından tazminata konu olan SAĞLIK GİDERİ'nin Sigortalı Katılım Payı ve/veya MUAFİYET tutarı olarak değerlendirilen bölümü, sigortalının Şirketimizde bulunan Sağlık poliçelerinden karşılanmaz.

12. RÜCU ve İSTİRDAT HAKKI 12.1. SİGORTACI, Poliçe Özel ve Genel şartlar kapsamında kabul ettiği ve ödediği SAĞLIK GİDERİ'ne üçüncü şahısların neden olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği TAZMİNAT tutarı kadarıyla üçüncü şahıslara rücu edebilir.

12.2. SİGORTACI, SİGORTALI/SİGORTALILAR adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI/SİGORTALILAR hesabına ödediği ancak poliçe özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, TAZMİNAT dahil her türlü ödemeyi, doğrudan SİGORTALI/SİGORTALILAR'dan talep hakkı bulunmaktadır. SİGORTALI/SİGORTALILAR'ın ve/veya tedaviyi düzenleyen SAĞLIK KURUMU veya Doktor'unun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. SİGORTACI'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle SİGORTACI'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

13. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir, "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak SAĞLIK GİDERİ de TEMİNAT kapsamı dışındadır:

A) POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,

B) POLİÇE başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve HASTALIK'lar, genetik HASTALIK'lar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen HAMİLELİK TAKİBİ hariç), büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidus, Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Jinekomiasti ve obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri karşılanmaz.

"Allianz"ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar veya "Bizim Bebek" olan sigortalıların doğumsal (konjenital) anomali, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidusa ait sağlık giderleri, "Allianz"ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması şartıyla, poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

"Allianz"ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalıların Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

C) (a) ve (b) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve SİGORTACI'nın aksini bildirmediği tüm durumlarda POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fıtık, omurga ve disk hastalıkları, kist dermoid sakral, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, burun polipleri, kafa sinüs hastalıkları, diz, omuz, dirsek, kalça eklem hastalık ve lezyonları(menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.), katarakt, prostat, varis, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid bezi hastalıkları ile ilgili tedavi ve komplikasyonları için TEMİNATLAR POLİÇE başlangıcından 12 ay sonra başlar.

D) DENEYSEL veya ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ'ler.

Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını arttırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi)

yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemle özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri.

Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skoru Testi ve EBT gibi muayene ve tetkikler (ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç) ile kuduz, tetanoz ve Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ödenecek aşular dışındaki her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar,

Reçete'ye veya tedavi protokolüne yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar,

- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, vitamin + mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin + mineral + diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar
- Yurda kaçak sokulan ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları.

E) Astım, RHY (Reaktif Hava Yolu), Bronş Hiperaktivitesi ve her türlü allerjik HASTALIK ile ilgili deri testleri ve aşı giderleri.

F) DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

G) Psikiyatrik, geriatric HASTALIK'lar, demansiyel sendrom (bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

H) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği sürece şaşılık ve kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil), ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin, kontrol ve komplikasyonları,

I) Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlar (POLİÇE şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç) ile kontrol ve komplikasyonları, anti-aging (yaşlanmayı geciktirici) çalışmalar için yapılan (ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç) homosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olamamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (sklerozan-lazer tedavileri gibi), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (polisomnografi, uyku EEG'si) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

J) Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (phimosi vb.), yardımla üreme teknikleri (kısırlık tanısı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi, ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanısı-tedavisi yöntem ve/veya komplikasyonları), doğum kontrolü yöntemleri (kürretaj dahil) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile, Genital Herpes, Genital ve Anal Papillomatöz lezyonlar (Siğiller, Kondiloma Akkürinata vb.), Genital ve Anal Molluscum Kontagiosum, Peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, Cinsel işlev bozuklukları ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz (kemik erimesi) durumlarının her türlü tanısı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

K) HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve

gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS "vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,

L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve HASTALIK'lar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI'nın geçirdiği HASTALIK, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

M) Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (dağcılık, paraşütçülük, yolcu sıfatından gayri ve tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, ralli motokros gibi) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,

N) Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler ile ortopedik terlik, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, meme ve penil protezler, koltuk değneği, tekerlekli sandalye ile ayrı bir teminat olarak verilmedikçe gözlük, lens, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler, ve ayrıca, tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, TV gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

O) Sigortalılığı bir yılı aşan SİGORTALILAR için aynı HASTALIK nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan SAĞLIK GİDERİ,

P) SAĞLIK KURUMU veya DOKTOR'ların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak SAĞLIK GİDERİ,

R) POLİÇE TEMİNAT kapsamı dışında yapılan ile SAĞLIK KURUMU vasfını taşımayan yerlerde yapılan giderler,

S) Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler

T) Duruma göre, Sigortalı tarafından veya Sigortalıya yapılacak organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında, verici olduğu durumda Sigortalı ve alıcı için; Sigortalı'nın alıcı olduğu durumda ise organ ve/veya kan verecek kişi/kişiler için yapılan giderler; organ, kan ve/veya organın transfer giderleri ile bunlarla illiyet bağı taşıyan sonraki rahatsızlıklara dair her türlü tanı, tedavi veya cerrahi müdahaleler sonucu doğacak sağlık gideri, ,

U) Tedavilerin yapılması sırasında oluşan seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

V) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler.

Y) Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran SİGORTALI ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan DOKTOR'un ücreti.

Z) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği ve/veya doğumda bekleme süresi tamamlanmadığı sürece, gebelik, doğum, sezeryan ve/veya bunlarla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait sağlık giderleri.

Ek1 Değerli Sigortalımız,

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarımız, Şirketimiz kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve ilan edilmektedir.

Anlaşmalı Kurumlar'ımıza ait en güncel bilgilere ulaşmak için, dilerseniz Müşteri Temsilcinizi / Acentenizi ve 444 45 46 nolu numaradan Allianz Çözüm Hattı'mızı da arayabilirsiniz.

www.allianz.com.tr adresinde "Anlaşmalı Sağlık Kurumu Arama", "Tıbbi Kadro Arama (doktor, diyetisyen, psikolog, diğer)", "Anlaşmalı Eczane Arama", "Hangi Hizmeti Nereden Alabilirim", "İndirim Uygulayan Merkezler" gibi başlıklar altında ihtiyacınıza uygun arama yapma olanakları sunulmaktadır.

Öncelikle tanı/tedavi işlemi için seçmiş olduğunuz Sağlık Kurumu'nun POLİÇE'niz için geçerli olup olmadığını web sitesinden kontrol etmenizi öneririz. Tercih ettiğiniz kurumun detay bilgilerine girdiğinizde hangi ürünlerde geçerli olduğunu, iletişim/adres bilgilerini ve o kuruma özel uygulamalarla ilgili bilgilendirmelere ulaşabilirsiniz.

Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında göreceğiniz tedaviler için poliçe türüne göre ve kapsamındaki teminat limitleri / ödeme yüzdeleri dahilinde masraflarınızın sizin adınıza doğrudan anlaşmalı kuruma ödenmesi sağlanacaktır.

Lütfen, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndaki yetkililerimize, Sigortalı Tanıtım Kartı'nızı kimlik belgenizle birlikte işlemlerinizi önce göstererek, Allianz sigortalısı olduğunuzu belirtiniz. Sigortalı Tanıtım Kartı'nız yenilenen poliçeleriniz için de geçerli olacaktır.

Kullanmak istediğiniz Sağlık Kurumu, sahip olduğunuz ürün çerçevesinde geçerli olmasa da ilgili kurum yetkilisiyle görüşüp tanıtım kartınızı veya poliçenizi göstererek indirim olanaklarından faydalanabilirsiniz.

Allianz Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan kurumlar, ürün ve hizmetlere ait geçerlilik bilgileri sadece bilgilendirme amaçlı olup faaliyet ve hizmet açıklamaları kurumlar tarafından iletilen bilgilerle sınırlıdır. Hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almanız gerekmektedir.

Allianz, Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan tüm listelerde önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir, sayfada yer alan bilgiler bilgilendirme amaçlı olduğundan yapılan değişiklik kullanıcıya bir hak bahsetmez, Allianz'ın değişiklik nedeniyle sorumluluğu bulunmamaktadır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde 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. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

Ek2

Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o sigortacıyı 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.

Vitamin Sağlık Sigortası Özel Şartlar

Allianz Sigorta AŞ. ("Allianz") aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar"), ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede teminat olarak yer alıyorsa Hayat Sigortası Özel Şartları, Hayat ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği çerçevesinde, Sigortalı ve/veya Sigortalıların, "Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"ne göre poliçe ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'ni ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme oranları dahilinde karşılar.

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

1. TANIMLAR 1.1. DOKTOR

Poliçe teminatlarının geçerli olduğu ülke/ülkelerin kanunları ile tıp san'atını icra etmeye yetkili kılınmış kimsedir.

1.2. HASTALIK

SİGORTALI'nın, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir DOKTOR tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

1.3. RAHATSIZLIK

Ergin bir insanın DOKTOR'a başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

POLİÇE'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü RAHATSIZLIK veya HASTALIK'tır.

1.5. TIBBİ GEREKLİLİK

YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması kaydıyla, uygulanacak tıbbi hizmet veya gerecin, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/veya tedavisi için gerekli ve etkili olmasıdır. Bir DOKTOR tarafından uygulanmış olması, tek başına TIBBİ GEREKLİLİK anlamı taşımaz.

1.6. DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

SİGORTALI'ya 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 veya herhangi bir RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol(check-up) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7. SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve POLİÇE süresi dahilinde RİSK ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan, DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (istem, REÇETE) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

1.8. SAĞLIK KURUMU

Özel kanunları uyarınca TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

1.8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Yapılacak tıbbi işlemler öncesinde YETKİLİ DOKTOR ve/veya SİGORTACI'dan onay almaları şartıyla,

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve poliçe özel şartlarının ayrılmaz bir parçası olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu DOKTOR'ları kapsamaktadır.

1.8.2. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunmayan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen DOKTOR'lar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu vasıflarına haiz olmakla birlikte, SAĞLIK GİDERİ'nin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan kişileri kapsamaktadır.

1.9. DOĞRUDAN ÖDEME

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirttiği teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödenmesidir.

1.9.1 PROVİZYON / E-PROVİZYON

Sigortacıdan, tahakkuk sırasında nihai olarak değerlendirme hakkı saklı kalmak koşulu ile onay bekleyen tazminat taleplerini ifade etmektedir. E-provizyon/Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın tahakkuk safhasında tazminat talebini değerlendirerek gerek teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir. Allianz'ın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi esas olacaktır.

1.9.2 TAHAKKUK

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden PROVİZYON/E-PROVİZYON alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, Poliçe Teminat ve Limitleri, Poliçe Genel ve Özel Şartları dahilinde değerlendirerek, SAĞLIK KURUM'larına ve/veya Sigortalı/Sigortalılar'a ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verdiği nihai safhaya ifade eder.

1.10. SONRADAN ÖDEME

SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınmaksızın SAĞLIK GİDERİ'nin SİGORTALI tarafından önce SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir.

1.11. PRİM

1.11.1 TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Vitamin Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık ve varsa Ferdi Kaza ile Hayat Primi toplamını gösteren baz primi ifade eder.

1.11.2. SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Vitamin Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık baz primini ifade eder.

Sağlık tarife primi, seçilen ürün ve plan tipine, poliçede geçerli olan anlaşmalı sağlık kurumlarına, sigortalının yaş, cinsiyet, ikametgah adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Şirket tarife primini periyodik aralıklar ile portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

1.11.3. SAĞLIK PRİMİ

Tarife Primi üzerine, her bir sigortalı için varsa Hastalık Sürprimi, Tazminat Sürprimi ilave edilmiş prim tutarıdır.

1.11.4. NET SAĞLIK PRİMİ

SAĞLIK PRİMİ üzerine iş bu poliçe özel şartları kapsamında hak edilen tüm indirimler uygulandıktan sonra elde edilen prim tutarıdır. Tazminat / Prim oranı hesaplamasında bu prim kullanılır .

1.11.5 POLİÇE PRİMİ

Net Sağlık Primi üzerine, verilmiş ise poliçe üzerinde belirtilen Ferdi Kaza ve/veya Hayat Primi ile bu ek teminatlara ait vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan SİGORTA ETTİREN'in ödemekle yükümlü olduğu Sağlık Sigortası Sözleşme bedelidir.

1.12. RİSK

Tarafların iradeleri dışında oluşan, belirsiz ve gelecekte ortaya çıkabilecek bir olaydır.

1.13. SİGORTACI

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği RİSK'e PRİM karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçe'de, Sigortacı "Allianz"dır.

1.14. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve RİSK gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir.

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri ile 17 (dahil) yaş arasındaki bekar çocuklar ancak anne ve/veya babaları ile birlikte sigortalanabilirken, Sigortalı ailenin 25 yaşa kadar (25 dahil) bekar çocukları aileleri ile birlikte aynı POLİÇE'de sigortalanabilir. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

1.15. EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.16. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayeti altındaki çocukları.

1.17. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve PRİM ödemek dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan kişidir.

1.18. POLİÇE

SİGORTACI tarafından imzalanarak SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'e verilen, SİGORTALI ve SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.19. TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("TTB") tarafından yayınlanarak TC. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR'ların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20. TAZMİNAT

SAĞLIK GİDERLERİ'nin ilgili POLİÇE döneminde yer alan TEMİNATLAR, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır.

1.21. TEMİNAT

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risk'lere karşı vermiş olduğu ilgili POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

1.22. YENİLEME

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra sözleşmenin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir POLİÇE' nin düzenlenmesidir.

1.23. YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetki verilmiş DOKTOR'lardır.

1.24. ZEYİLNAME

Sigorta sözleşmesinin bazı hükümlerinin sözleşmenin akdedilmesinden sonra değiştirilmesini ifade eden ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden belgedir.

1.25. REÇETE

DOKTOR, Diş Hekimi tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, SİGORTALI ad-soyadı, DOKTOR ad-soyadı, imzası, diploma numarası bulunan hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tariflerini belirten belgedir.

1.26. ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ

ANLAŞMA HARİCİ KURUM'larda gerçekleşen, Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Küçük Cerrahi ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ'nin, SİGORTACI tarafından TAZMİNAT'a esas alınacak ve POLİÇE üzerinde belirtilmiş azami yıllık brüt tutarıdır. SİGORTACI tarafından ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden ödenen TAZMİNAT'lar bu limitten düşülür.

1.27. İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin (RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların) SİGORTACI'nın değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

1.28. TAZMİNAT SÜRPRİMİ

SİGORTALI'nın POLİÇE döneminde oluşan TAZMİNAT toplamı sebebiyle YENİLEME POLİÇE'sine ilave edilen PRİM'dir.

1.29. HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin değerlendirilmesi sonucunda, bu RİSK/RİSK'ler için kişinin POLİÇE PRİM'ine belli oranda ek PRİM ilave edilerek bu RİSK'in teminat kapsamı içine alınmasıdır.

1.30. YENİ İŞ

SİGORTALI'nın, Allianz Sigorta A.Ş'nin satışa sunmuş olduğu Bireysel Sağlık Sigorta Poliçeleri'nden birini tercih ederek ilk kez teminat altına girdiği Bireysel Sağlık POLİÇE'sini ifade eder. Devam etmekte olan bir POLİÇE'ye ara dönem veya YENİLEME dönemi itibarıyla eş ve çocuk girişi bu kapsamda değerlendirilmez.

1.31. BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Anne, baba, evlenmemiş çocuk(lar)'dan ve evlat edinme ilişkisi ile oluşan çekirdek aile'nin bir arada yer alabildiği sağlık sigortası türüdür.

1.32. GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Ettiren bir tüzel kişiliğe Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ilişkisi ile bağlı olarak çalışan Bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılan sağlık sigortası türüdür.

1.33. PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

1.34. İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık Sigortasına ilk başvuru sırasında doldurulan Ön Bilgi Formunda yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde, Bireysel poliçelerin aileyi de kapsamı durumunda Ön Bilgi Formu'nda yer alan kişinin İLETİŞİM BİLGİLERİ tüm aile bireyleri için kullanılır ve bu kişiye yapılacak bildirimler, varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

Grup Poliçeleri'nde, Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

2. TEMİNATLAR İş bu Poliçe'de "Ana Teminatlar" ve "İsteğe Bağlı Teminatlar" standart

olarak verilmektedir.

Ancak; SİGORTALI'nın, Hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için Poliçe'de teminat bulunmamaktadır.

2.1. ANA TEMİNATLAR

2.1.1. YATARAK TEDAVİLER

SİGORTALI'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatsız veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki DOKTOR, ameliyathane, yatak-yemek, refakatçi, her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığının veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatları ("Yatarak Tedavi Teminatı") kapsamında karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan ameliyatsız ya da ameliyatsız tedavilere ait SAĞLIK GİDERLERİ, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan, POLİÇE ve/veya ilgili TEMİNAT için geçerli olduğu belirtilmiş SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşmesi koşulu ile karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan tedavilerde, normal yatışlarda POLİÇE yılı içerisinde yatılan süre, 180 gün ile sınırlı olup, normal oda yatışlarında bir(1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki(2) gün üzerinden ve POLİÇE yatış süresinden düşülerek hesaplanır.

2.1.1.1.AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri ile ESWT (Extra corporeal shock wave therapy - şok dalga tedavisi ile taş kırma vb) giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Diş hekimleriyle ağız ve çene cerrahi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatsız Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır. Sadece trafik kazası sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatsız bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*DOKTOR ücreti dahil*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.1.2.AMELİYATSIZ TEDAVİ

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve DOKTOR ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak SAĞLIK GİDERLERİ, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahede), SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.1.3.EVDE BAKIM

SİGORTALI'nın yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten DOKTOR'u tarafından evde uygulanması istenen tedavi planının, SİGORTALI'nın hastaneden taburcu olurken SİGORTACI tarafından onaylanması ve POLİÇE yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren evde tıbbi bakım hizmet giderleri Poliçe Genel ve Özel Şartları esas olmak üzere, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.1.4.AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

SİGORTALI'nın POLİÇE ve Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş ameliyatı ile ilgili oluşan fizik tedavi giderleri hastaneden taburcu olduktan sonra başlaması ve 60 gün içinde tamamlanması şartıyla, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek değerlendirilir. Bu teminat işlemlerin yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olup %80 oranında karşılanır.

2.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERLERİ, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında, bu işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TARİFE'deki birimi ve yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (preop kan tahlili bu kapsamdadır) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya, başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (intrartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi) ve omurga/disk hastalıklarına yönelik olarak uygulananlar haricindeki her türlü ağrı tedavileri, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak hangi teminat kapsamına (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) gireceği belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.3. KEMOTERAPİ - RADYOTERAPİ – DİALİZ

Sigortacı tarafından kabul edilen habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor ücreti), Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı kapsamında karşılanır. Hastalık ve kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin kontrol, takip sürecinde yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, öncelikle Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatı kapsamında karşılanır. Tetkiklere ait sağlık giderlerinin Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatını aşması durumunda, sigortalının ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.3.1.KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİALİZ İÇİN TETKİK

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için (ayaktan veya hastanede yatarak) yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavileri süresince tedavinin takibi ve planlanması için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde karşılanır.

2.1.4. YAPAY UZUV

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ile vücuda implante edilen cihazlardan; memenin kanser tedavisi

sonrasında uygulanacak protez giderleri, kalp pili, ICD, koklear implantlar ve vücut içi pompalar gerekliliğinin DOKTOR raporuyla belgelenmesi ve YETKİLİ DOKTOR'un onaylaması koşulu ile, olay tarihinde yürürlükte bulunan POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.5. KAZA SONUCU VEFAT VE SÜREKLİ SAKATLIK

Bu TEMİNAT, POLİÇE kapsamında sigortalanan ve yaşları 18 ve üzeri olan SİGORTALI'nın bir kaza sonucu vefat etmesi veya sürekli sakat kalması halinde ilişik Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.1.6. HAYAT

Bu TEMİNAT (işbu teminat Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş tarafından verilmektedir), POLİÇE kapsamında sigortalanan, yaşları 18(dahil) – 49(dahil) yaşları arasında olan ve Hayat teminatı verilmesi SİGORTACI tarafından onaylanmış SİGORTALI'ların ecelen, kazaen veya hastalık sonucu vefat etmesi halinde ilişik Hayat Sigortası Genel ve Özel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.2. İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

2.2.1. AYAKTA TEDAVİ

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, aşağıda detayları verilen; DOKTOR muayenesi, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, ayakta tedavi teminatları ("Ayakta Tedavi Teminatları") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen toplam Ayakta Tedavi yıllık limitinden düşülerek ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.2.1.1.DOKTOR MUAYENE

SİGORTALI'nın bir kaza veya RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, klinik, özel muayenehane, acil durumlarda evde, DOKTOR tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderleri poliçede belirtilen toplam Ayakta Tedavi limitinden düşülerek ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan "Uzman Hekimler"e ait muayeneler ise, aynı limit ve teminat dahilinde %100 ödeme oranında karşılanır.

2.2.1.2.İLAÇ VE AŞILAR

DOKTOR tarafından SİGORTALI'nın tedavisi için gerekli görülen İlaç'lar ile ilgili giderler POLİÇE özel şartları dahilinde en fazla 5 kalem ve her kalemden en fazla 10 günlük doz olacak şekilde, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Ancak tedaviyi üstlenen DOKTOR tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen İLAÇ'lar, POLİÇE özel şartları dahilinde, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması halinde en fazla 60 günlük dozlar halinde REÇETE edilebilir.

SİGORTACI tarafından kabul edilen İlaç'lara ait giderler, İlaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ve İLAÇ'ların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili İlaç gideri tazmin edilmeyecektir.

Çocukluk çağı rutin aşıları; 0-6 yaş için; 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su Çiçeği, BCG (verem), 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 0-1 yaş için 2 doz Rotavirüs, 0-3 yaş için 2 doz Hepatit A aşısı olarak belirlenmiştir.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri ise, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR'un onay vermesi koşuluyla, ilgili TEMİNATLAR kapsamında karşılanır.

2.2.1.3.LABORATUAR TETKİKLERİ VE RÖNTGEN

Bir hastalığın tanısı için DOKTOR tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri ile, röntgen (mamografi ve ilaçlı grafiler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.4.FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Münhasıran fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanan fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili SAĞLIK giderleri,

Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.2. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ

Bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler (Smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile; tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biyopsiler bu teminatın kapsamındadır. Karaciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TARİFE'deki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır), anjiyografi (sadece kardiyak anjiyografi Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır), 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahade), amniosentez ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil), ağrı tedavileri (yapılan işlemlerin TARİFE'deki birimi dikkate alınmadan) ile ilgili giderler hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. (Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır.)

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

3. DİĞER HİZMETLER VE TEMİNATLAR

3.1. ACİL YARDIM HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın SAĞLIK KURUMU'na nakli için sigortalı kartı üzerinde belirtilen " Acil Yardım Hattı "nı araması koşulu ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ve bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Acil Yardım Hizmetinden" yararlanır.

SİGORTALI'nın tıbbi donanımı yeterli olan en yakın SAĞLIK KURUMU'na kara yolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, SİGORTACI'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve YETKİLİ DOKTOR'un onayı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hava ambulans hizmeti SİGORTACI tarafından verilir.

3.2. KONTROL MAMOGRAFI

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI bayanların yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde mamografi için geçerli olduğu belirtilen sağlık kurumlarında yaptıracakları kontrol mamografi ücretleri, POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.3. AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

SİGORTALI'nın günlük yaşamlarında karşılaşılabilecekleri tüm sağlık sorunlarına hitap edebilecek düzeyde tıbbi uzmanlık alanlarında yeterli eğitim görmüş ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan yetkili olan uzman hekimler tarafından verilen hizmetlerdir. Telefon ile sigortalı'nın isteyebileceği sağlık danışmanlığı hizmetleri ücretsizdir. Muayene ve tedaviler için POLİÇE şartları geçerlidir.

3.4. PSA TARAMA HİZMETİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI erkeklerin yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ndeki "PSA Tarama Merkezlerinde" yaptıracakları PSA (prostat spesifik antijen) tetkiki POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.5. TIBBİ MALZEME TEMİNATI

SİGORTALI'NIN sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK 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, oturma simidi, işitme cihazından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

4. ÖNBİLGİ FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SİGORTACI, POLİÇE kapsamına dahil olacak kişileri, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın önbilgi formu'nda beyan ettiği bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek POLİÇE

kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5. TEMİNAT'IN SÜREKLİLİĞİ

5.1. POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

A) Otomatik Yenileme Güvencesi veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI'nın bilgisi dahilinde olmayan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK durumlarında, SİGORTACI durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme güvencesi taahhüdüne son verme, ya da bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK ile ilgili TEMİNAT'ı durdurup yenileme güvencesi taahhüdünü, İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

B) Şirketimiz Bireysel veya Grup Sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve/veya ek sağlık poliçesi, Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçelerinde sağlanan sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devami ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

C) Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta POLİÇE'sinin satışının durdurulması halinde, bu POLİÇE'de devam etmekte olan Sigortalıların POLİÇE'leri bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve YENİLEME döneminde, sigortalı'ya, en az biten POLİÇE standartları'na haiz bir POLİÇE ve PLAN önerilecek ve POLİÇE PRİM'i önerilen POLİÇE ve PLAN'ının güncel tarifesi üzerinden hesaplanacaktır.

5.1.1. OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ

Sigortalının, 4. Maddede belirtilen Ön Bilgi Formu Değerlendirme aşamasında ilk poliçe dönemi olarak Allianz Bireysel poliçeye kabulü sonrasında aralıksız devam eden ilk üç tam bireysel poliçe yılı için mevcut ürün ve plan dahilinde otomatik olarak yenileneceği taahhütüdür ("Otomatik Yenileme Güvencesi")

a) Ön Bilgi Formu'nda beyan edilen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için yapılan uygulamalar, aşağıdaki hallerde, Otomatik Yenileme Güvencesi süresi sonuna kadar tekrar değerlendirilmez:

i. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları TEMİNAT kapsamı dışında bırakma kararı verirse,

ii. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak TEMİNAT kapsamına alma kararı verirse,

iii. SİGORTACI'nın kararı ile HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak TEMİNAT kapsamına alınan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların, SİGORTALI tarafından TEMİNAT kapsamı dışında bırakılması istenir ve bu SİGORTACI tarafından kabul edilirse.

b) Otomatik Yenileme Güvencesi verildikten sonra, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi koşuluyla, SİGORTALI'nın ardı ardına üç POLİÇE yılı süresince ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları yine bu üç sene boyunca TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanmayacaktır. POLİÇE başlangıcından önce mevcut ve beyan edilmemiş RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için bu uygulama geçerli değildir.

SİGORTACI, POLİÇE başlangıç tarihinden sonra POLİÇE'ye dahil olan EŞ ve/veya ÇOCUKLAR'ın katıldıkları POLİÇE'nin bitiş tarihini dikkate almaz ve POLİÇE'nin Yenileme tarihinden başlamak üzere yeni POLİÇE süresinin bitim tarihini baz alarak "Teminatın Sürekliliği" Maddesi uyarınca Otomatik Yenileme Güvencesi için değerlendirme yapar.

Otomatik Yenileme Güvencesi alınmış olan Poliçe'yi takip eden üç yıl için, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı

iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Otomatik Yenileme Güvencesi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere, ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.1.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

SİGORTACI'nın, Otomatik Yenileme Güvencesi bitiminde yapacağı değerlendirme sonucunda, POLİÇE'nin SİGORTACI tarafından mevcut ürün ve plan dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür ("Ömür Boyu Yenileme Garantisi").

SİGORTACI, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi ve SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, Otomatik Yenileme Güvence süresi sonunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi vermeye, SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak karar verir. Bu değerlendirmede SİGORTALI'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir veya SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırabilir. SİGORTACI tüm bu bilgiler dikkate alınarak yapılan tıbbi değerlendirme sonucunda SİGORTALI'nın mevcut veya RİSK taşıyan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını hastalık sürprimi ile TEMİNAT kapsamına alarak bu güvenceyi verebilir veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'ni vermeyip her yenileme döneminde tekrar değerlendirme yapabilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. Tüm değerlendirmeler sonucunda iki yıl üst üste ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alamayan SİGORTALI'lar bir daha ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ almak üzere değerlendirmeye alınmaz ve sigortalı her yenileme döneminin sonunda yapılan değerlendirmeye ilişkin olarak bilgilendirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken uygulanan HASTALIK SÜRPRİMİ ve/veya İSTİSNA'lar daha sonraki poliçe yenileme dönemlerinde tekrar değerlendirilmez.

SİGORTACI tarafından, üçüncü yıl sonunda yenilenmiş POLİÇE'lerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni POLİÇE'nin başlangıç tarihi arasında gerçekleşen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ın SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda, SİGORTACI, YENİLEME koşullarını tekrar değerlendirerek HASTALIK SÜRPRİMİ uygulama hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvenceyi kazandıktan sonra ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları da SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya zamanında ve derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları için hastalık sürprimi uygulanmayacaktır.

SİGORTACI, işbu "Özel Şartlar - Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak, Ömür Boyu Yenileme Garantisi alınmış olan Poliçe'nin yenileme döneminde, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/ Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.2. PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK

Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni kazanmış SİGORTALI'nın PRİM borcunu ödememesi nedeniyle POLİÇE'nin iptal olması, herhangi bir nedenle sigortalılığının kesintiye uğraması durumunda, SİGORTACI'nın Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü son bulur.

5.3. ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Bireysel Poliçe yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme, Allianz Grup Sağlık poliçesine ilave veya sonlanan Grup Sağlık Poliçe devamı olarak Bireysel Sağlık poliçe talep etme, Diğer Sigorta Şirketlerindeki Sağlık Sigorta poliçelerinden Allianz Bireysel Sağlık Poliçelerine geçiş prensipleri aşağıda açıklandığı şekilde uygulanmaktadır.

SİGORTALI'ların Allianz'dan ikinci bir Bireysel Poliçe talebi kabul edilmez, Allianz Grup Sağlık Poliçesi devam ederken Grup Sağlık Poliçesine ek olarak alınan Bireysel Poliçeler Grup Sağlık Poliçesi'nde kazanılan haklarla ilişkilendirilemez.

5.3.1 ÜRÜN / PLAN DEĞİŞTİRME

SİGORTALI'ların Ürün/Plan değişiklik talepleri Poliçe bitiş Tarihi Öncesi ve Sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilmektedir. POLİÇE yenileme dönemlerinde SİGORTACI'nın diğer bir Bireysel Sağlık ürününün TEMİNATLAR'ı kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. YENİLEME dönemlerinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkına sahip SİGORTALI'nın mevcut poliçesinden daha kapsamlı POLİÇE veya plan değişikliği talep etmesi durumunda, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. SİGORTACI, POLİÇE veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ını teminat kapsamı dışında bırakabilir veya HASTALIK SÜRPRİMİ ile teminat kapsamına alabilir. SİGORTALI'nın mevcut poliçesine göre aynı ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerli ve daha dar kapsamlı bir Ürün/Plan'a geçiş talebi olması durumunda SİGORTACI yeniden tıbbi risk değerlendirmesi yapmadan talebi kabul eder. Bu durumda SİGORTALI'nın varsa İSTİSNA veya HASTALIK SÜRPRİMİ devam ettirilir.

Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. SİGORTALI'ların 65 yaş ve sonrası Ürün/Plan değişiklik talepleri kabul edilmez.

5.3.2. DİĞER SİGORTA ŞİRKETİNDEN GEÇİŞLER

SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta şirketinde, kesintisiz olarak en az bir tam yıl sağlık sigortasının bulunması ve poliçe bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORMU'nu doldurarak Allianz'a başvurması esastır.

SİGORTACI SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta Şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, ÖN BİLGİ FORMU'ndaki, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adayları'nı POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.3.3. ALLIANZ GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNDEN BİREYSEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNE GEÇİŞLER

Allianz Grup Sağlık sigortası olan sigortalıların, aksine bir sözleşme yok ise, grup sağlık poliçesinden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORM'u doldurulması koşuluyla Allianz Bireysel

Sağlık Sigortası ürünlerine geçiş talepleri, ilgili grup sağlık sigortası poliçesinin protokolleri çerçevesinde değerlendirilir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmış olan sigortalılar, dahil oldukları grup sağlık sigortası planıyla aynı, yoksa en yakın Bireysel planda sigortalanır. Sigortalının aynıveya en yakın Bireysel plan dışında daha farklı bir Sağlık ürününe geçiş talebi söz konusu olması durumunda, geçiş talep edilen ürünün yenileme, yenileme garantisi hakları dikkate alınarak Sigortalı'nın hangi koşullarda sigortalanacağına karar verilir.

Grup poliçeden bireysel poliçeye geçişte SİGORTALI'ların kesintisiz olarak en az bir tam yıl Sağlık Sigortasının bulunması gerekmektedir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmamış olan sigortalıların geçiş koşullarına ÖN BİLGİ FORMU'ndaki sigortalı beyanları ve tüm kayıtlar incelenerek karar verilir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adaylarını POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.4. SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI Ön Bilgi Formu'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'ının olması veya POLİÇE teminatlarının SİGORTALI tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde POLİÇE, SİGORTACI tarafından feshedilebilir, bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR teminat kapsamı dışında bırakılarak veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak POLİÇE devam ettirilebilir. SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, "OTOMATİK YENİLEME ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ" kapsamında değerlendirilmez.

SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, her ne şartla olursa olsun bir daha kapsama dahil etmez. SİGORTACI'nın MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'a ait giderleri, SİGORTALI/SİGORTALILAR lehine işlem kolaylığı sağlayan PROVİZYON/E-PROVİZYON aşamasında kabul etmiş olması, SİGORTALI/SİGORTALILAR tarafından, TEMİNAT ve TAZMİNAT olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. SİGORTACI'nın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

6. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortacının, yenileme dönemleri itibarıyla PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER maddesi altında yer alan İNDİRİM ve/veya SÜRPRİM oranlarında makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

6.1 HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ

HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ, Allianz Sigorta A.Ş. Bireysel Sağlık POLİÇE YENİLEME'lerinde uygulanır. Allianz'da ilk sağlık poliçe başlangıç tarihi 01.04.2014 ve sonrasına ait olan sigortalıların kesintisiz olarak devam eden ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ bulunan yenileme poliçelerine TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz.

Uygulanan HASARSIZLIK İNDİRİMİ ve TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları;

- Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için;
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30 şeklindedir.
- Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin

kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30, %50
şeklinde dir.

SİGORTACI'nın Poliçe Özel Şartları POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ başlığı altında belirtilen hakları saklı kalmak kaydı ile;

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ üzerindeki SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı ile SİGORTALI'nın o yıl içinde gerçekleşen TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranına göre, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne uygulanacak olan HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Ayrıca, transfer olarak değerlendirilen Sigortalı/ lar'ın;

1. Allianz Sigorta A.Ş'de Grup Sağlık veya T.C'de faaliyet gösteren Diğer bir Sigorta Şirketi'nde Grup/Bireysel Sağlık Sigortası'na sahip olması (acil durum, tehlikeli hastalıklar, herhangi bir Poliçe'ye ek Sağlık Teminatı verilmesi ve benzeri uygulamalar hariçtir),

2. Yukarıdaki madde de belirtilen şekilde en az bir tam yıllık Sigortalılık sürecini tamamlayarak Poliçe'si devam etmekte iken veya Poliçe'sinin iptal olduğu tarihten itibaren en geç 30 gün içinde Vitamin Sağlık Sigorta Poliçe'sine geçiş/giriş yapmak üzere başvuru yapması,

3. Allianz Sigorta A.Ş Vitamin Sağlık Sigorta Poliçe'si başvuru öncesinde, kesintisiz devam eden diğer Poliçe'deki son 3 yıla ait Sigortalı Tazminat/Prim oranlarının tarihsel olarak geriye doğru incelenmesi kaydıyla (incelemeye konu edilen Poliçe silsilesindeki tam yıllar dikkate alınacak, bir tam yıldan eksik süreler değerlendirmeye girmeyecektir),

ilk yıl ve takip eden yenileme Poliçe'lerinde de aşağıda belirtilen Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi oranları, Allianz Sigorta A.Ş onayı ile geçerli olacaktır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık Poliçesi'nde SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı	Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ'nde gerçekleşen SİGORTALI TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranı;		
	%50'den küçükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%50 (dahil) ile %100 (dahil) arasında ise, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%100'den büyükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya
%45 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır
%30 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok
%15 Hasarsızlık İndirimi ise	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok ise,	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır

%15 Tazminat Sürprimi ise,	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır
%30 Tazminat Sürprimi ise,	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(**)
%50 Tazminat Sürprimi ise,(*)	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)

(*) Sadece Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için

(**) Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için bu oran %30 dur.

6.2. AİLE İNDİRİMİ

Aynı POLİÇE kapsamında sigortalanan anne, baba ve çocukları için, sigortalı sayısı iki kişi ise %5, üç veya daha fazla ise %10 indirim uygulanır.

6.3. ESNEK TAKSİT İNDİRİMİ

Standart olarak sekiz taksitli ödeme planına göre düzenlenen POLİÇE'nin yedi veya daha az taksit ile düzenlenmesinin istenmesi durumunda, SİGORTACI'nın ilgili dönemde yürürlükte olan iskonto oranları uygulanır.

6.4. DİĞER İNDİRİMLER

SİGORTACI, yukarıda ifade edilen indirimler dışında belirli kurallar çerçevesinde bir takım indirimler uygulama hakkını saklı tutar.

6.5. YAŞ SÜRPRİMİ UYGULAMASI

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve ilk poliçe döneminde 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan SİGORTALILAR'ın aralıksız devam eden yenileme poliçelerinde 64 yaş sonrası için ilgili poliçe dönemine ait 64 yaş TARİFE PRİMİ içinde yer alan Ferdi Kaza Prim miktarlarına, Şirket'in yine ilgili dönemde uygulamada olan ve sigortalının yenileme poliçe başlangıç tarihindeki yaşına denk gelen yaş sürprim oranları eklenecektir. Ferdi Kaza Yaş Sürprim oranları aşağıda gösterilmektedir.

Yaş	Ferdi Kaza	Yaş	Ferdi Kaza	Yaş	Ferdi Kaza
65	10%	69	30%	73	50%
66	15%	70	35%	74	55%
67	20%	71	40%	75	60%
68	25%	72	45%	>= 76	FK verilmez

6.6. FARK PRİM ZEYİLİ

Aşağıdaki TAZMİNAT ödemelerinden herhangi birisinin SİGORTALI TAZMİNAT/NET SAĞLIK PRİM oranını değiştirerek, otomatik YENİLEME şeklinde önceden düzenlenen POLİÇE PRİM'ini arttırması durumunda SİGORTACI oluşacak fark PRİM'i, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI' dan ZEYİLNAME ile ayrıca talep eder.

- İhbar edilmiş veya provizyon verilmiş ancak henüz ödenmemiş TAZMİNAT'lar,
- Yenileme tarihine kadar ödenecek TAZMİNAT'lar,

iii. POLİÇE bitiş tarihi sonrası, ilgili poliçe dönemine ait tazminat taleplerinden geriye dönük ödenen TAZMİNAT'lar.

6.7. TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan tarife değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl tarife primi ile yenileme dönemindeki tarife primi arasındaki farkın belirli bir band dahilinde kalmasını teminen tarife primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

6.8. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'İN TALEBİ SONUCUNDA POLİÇENİN İPTALİ

SİGORTALI veya SİGORTA ETTİREN'in POLİÇE başlangıç tarihinden sonra dilekçe ile iptal talebinde bulunması durumunda; dilekçenin Allianz'a ulaştığı tarihe kadar geçen sürenin PRİMİ gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

7. POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ 7.1. EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın evlenmesi halinde EŞ'i veya SİGORTALI ailenin yeni doğan bebekleri, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde yürürlükte bulunan POLİÇE kapsamına, yeni bir Ön Bilgi Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilirler.

EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR'ın POLİÇE başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde POLİÇE PRİMLERİ POLİÇE'nin kalan süresi için gün esasına göre hesap edilir.

Evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde POLİÇE kapsamına dahil edilmeyen EŞ, 25 yaş (dahil) ve altındaki bekar ÇOCUKLAR ise takip eden POLİÇE YENİLEME dönemlerinde POLİÇE kapsamına alınabilecektir.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan POLİÇE'nin Özel Şart ve PRİM'leri geçerli olacaktır. POLİÇE'ye girişi yapılan EŞ/ BEBEK/ÇOCUKLAR için yukarıda belirtilen şartlar dahilinde ayrıca PRİM tahakkuk ettirilecektir. EŞ/BEBEK/ÇOCUK girişlerinde ZEYİL POLİÇE PRİM'i ana POLİÇE'nin kalan vade sayına bölünür, ödemeler tamamlanmış ise, peşin olarak tahsil edilir.

8. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya TEMİNAT'I için geçerli olduğu belirtilmiş ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda, SİGORTACI'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirtilen TEMİNAT limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na yapılan ödemeler DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

SİGORTALI başvuruda bulunduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na sigortalı olduğunu belirtmek ve POLİÇE'de belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil Tedaviler dışındaki Ameliyat ve Tıbbi Tedaviler 48 saat önceden ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU aracılığı ile SİGORTACI'ya bildirilmediği takdirde DOĞRUDAN ÖDEME işlemi geçersizdir.

SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini " Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesi SONRADAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

Bu talep, POLİÇE şartları çerçevesinde SİGORTACI tarafından tazmin edilir

8.1. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Hastanede Yatarak ya da Evde Bakım Teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında POLİÇE'nin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık gideri'ne konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski POLİÇE TEMİNATLAR'ından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ ise yeni POLİÇE TEMİNATLAR'ından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili HASTALIK için İSTİSNA uygulanan POLİÇE'de, bu tedavi ile ilgili TEMİNAT'ın süresi POLİÇE bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİNİN BELGELENDİRİLMESİ

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

A) SİGORTALILAR, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında "DOĞRUDAN ÖDEME" kapsamında karşılananların dışında, TEMİNATLAR kapsamında yaptıkları SAĞLIK GİDERLERİ'ne ait faturaların asıllarını Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu")na kaydederek, ekinde göndermelidir. DOKTOR muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında DOKTOR kaşesi bulunmalı ve DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.

B) Tanı ve/veya tedavi sonucu klinik vb. SAĞLIK KURUMU'ndan kasa fişi yerine SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

C) Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler de eklenmelidir.

Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu

DOKTOR muayenelerinde, anamnez raporu (gerekli görülen durumlarda),

Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, DOKTOR tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor,

Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde, DOKTOR istemi (sevk belgesi) ve tetkik sonuçları,

İlaç tedavilerinde, reçete'lerin asılları ve reçete'deki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları,

Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,

D) SİGORTALI, her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, vb.) TAZMİNAT talebi (DOĞRUDAN ÖDEME aşaması dahil) ile birlikte sunmalıdır.

E) SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

9. SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

SİGORTA ETTİREN'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. SİGORTA ETTİREN'in, SİGORTALI olarak poliçede yer almadığı durumlarda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile SİGORTA ETTİREN değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise SİGORTACI'nın hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası SİGORTA ETTİREN'in kanuni varislerine iade edilir. İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

SİGORTACI, TAZMİNAT'ın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle PRİM'e hak kazanmış olur. TAZMİNAT ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre PRİM iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN olması halinde, PRİM iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

10. SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Bu sigorta TEMİNATLAR'ı sadece TC. sınırları içinde geçerlidir. Hiçbir koşulda yurtdışında yapılan tanı ve tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERİ karşılanmaz.

11.SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

A) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve VİTAMİN Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve VİTAMİN Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişilere ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); TARİFE'de belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücret ile limitli olup, bu tutarın %80'i oranında SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. VİTAMİN Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ'nin tazmin edilmesinde; DOKTOR'a ait bölümü, TARİFE'de belirlenmiş ve işlemin yapıldığı tarihte geçerli olan asgari ücret ile limitli olup, bu tutarın %80'i oranında, kuruma ait bölümü ise, POLİÇE'DE belirtilen yıllık limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Kurum masraflarında yatak ücreti için en fazla, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği 1.sınıf tek kişilik yatak ücreti kadar, refakat ücreti (yemek dahil) için ise, en fazla hasta yatak ücretinin %50'si kadar olan tutar dikkate alınacaktır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

B) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve VİTAMİN Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere %80 ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve VİTAMİN Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişilere ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemleri için yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %80 ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için ise POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. VİTAMİN Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ'nin tazmin edilmesinde; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemleri için yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %80 ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için ise POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemleri için yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %80 ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için ise POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

C) POLİÇE şartları dahilinde, Ayakta Tedavi (Doktor Muayene ve İlaç, Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon) ve İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatları ile ilgili SAĞLIK GİDERLERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen toplam yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan "Uzman Hekimler'e" ait muayene ücretleri belirtilen yıllık limitten düşülerek %100 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. Sigortacı tarafından önceden onaylanan ve ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişilere ait bölümü (SİGORTALI'nın özel doktoru ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek % 80 limit ödeme oranı ile SONRADA ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek % 80 limit ödeme oranı ile SONRADA ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. SİGORTALI'nın yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ hiçbir şekilde karşılanmaz.

D) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ ve Küçük Cerrahi Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ'nin; ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişilere ait bölümünün (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR) tazmin edilmesi sırasında, TARİFE'de tanımlanmamış işlem ücretleri için TARİFE'deki en yakın tedavi işlem ücreti dikkate alınacaktır.

E) Şirketimiz veya diğer sigorta şirketleri tarafından tazminata konu olan SAĞLIK GİDERİ'nin Sigortalı Katılım Payı ve/veya MUAFİYET tutarı olarak değerlendirilen bölümü, sigortalının Şirketimizde bulunan Sağlık poliçelerinden karşılanmaz.

12. RÜCU ve İSTİRDAT HAKKI

12.1. SİGORTACI, Poliçe Özel ve Genel şartlar kapsamında kabul ettiği ve ödediği SAĞLIK GİDERİ'ne üçüncü şahısların neden olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği TAZMİNAT tutarı kadarıyla üçüncü şahıslara rücu edebilir.

12.2. SİGORTACI, SİGORTALI/SİGORTALILAR adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI/SİGORTALILAR hesabına ödediği ancak poliçe özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, TAZMİNAT dahil her türlü ödemeyi, doğrudan SİGORTALI/SİGORTALILAR'dan talep hakkı bulunmaktadır. SİGORTALI/SİGORTALILAR'ın ve/veya tedaviyi düzenleyen SAĞLIK KURUMU veya Doktor'unun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. SİGORTACI'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle SİGORTACI'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

13. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir, "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak SAĞLIK GİDERİ de TEMİNAT kapsamı dışındadır:

A) POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,

B) POLİÇE başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve HASTALIK'lar, genetik HASTALIK'lar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler, büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), Keratokonus,

Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidus, Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Jinekomasti ve obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri karşılanmaz.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalılar veya “Bizim Bebek” olan sigortalının doğumsal (konjenital) anomali, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidusa ait sağlık giderleri, “Allianz”ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması şartıyla, poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalıların Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

C) (a) ve (b) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve SİGORTACI'nın aksini bildirmediği tüm durumlarda POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fıtık, omurga ve disk hastalıkları, kist dermoid sakral, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, burun polipleri, kafa sinüs hastalıkları, diz, omuz, dirsek, kalça eklem hastalık ve lezyonları(menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.), katarakt, prostat, varis, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid bezi hastalıkları ile ilgili tedavi ve komplikasyonları için TEMİNATLAR POLİÇE başlangıcından 12 ay sonra başlar.

D) DENEYSEL veya ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ'ler.

Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını arttırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri.

Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT gibi muayene ve tetkikler (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) ile kuduz, tetanoz ve Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ödenecek aşılardan dışındaki her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar,

Reçete'ye veya tedavi protokolüne yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar,

- Vücutun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, vitamin + mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin + mineral + diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar
- Yurda kaçak sokulan ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları.

E) Astım, RHY (Reaktif Hava Yolu), Bronş Hiperaktivitesi ve her türlü allerjik HASTALIK ile ilgili deri testleri ve aşı giderleri.

F) DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

G) Psikiyatrik, geriatrik HASTALIK'lar, demansiyel sendrom (*bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi*) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

H) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği sürece; şaşılık ve kırılma kusurlarını tedavi etmeye

yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil), ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin, kontrol ve komplikasyonları,

I) Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlara (*POLİÇE şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç*) ile kontrol ve komplikasyonları, anti-aging (*yaşlanmayı geciktirici*) çalışmalar için yapılan (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) homosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (*sklerozan-lazer tedavileri gibi*), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (*polisomnografi, uyku EEG'si*) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

J) Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (*phimosi vb.*), yardımla üreme teknikleri (*kısırlık tanısı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi, ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanısı-tedavi yöntemi ve/veya komplikasyonları*), doğum kontrolü yöntemleri (*küretaj dahil*) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile, Genital Herpes, Genital ve Anal Papillomatöz lezyonlar (*Sığiller, Kondiloma Akkürinata vb.*), Genital ve Anal Molluscum Kontagiosum, Peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz (kemik erimesi) durumlarının her türlü tanısı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

K) HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,

L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve HASTALIK'lar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI'nın geçirdiği HASTALIK, kaza ve yaralanmalarına ait tanısı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

M) Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (*dağcılık, paraşütçülük, yolcu sıfatından gayri ve tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, ralli motokros gibi*) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,

N) Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler, ortopedik terlik, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, meme ve penil protezler, koltuk değneği, tekerlekli sandalye ile, ayrı bir teminat olarak verilmedikçe gözlük, lens, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler, ve ayrıca, tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, tv. gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

O) Sigortalılığı bir yılı aşan SİGORTALILAR için aynı HASTALIK nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan SAĞLIK GİDERİ,

P) SAĞLIK KURUMU veya DOKTOR'ların uyguladıkları tanısı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak SAĞLIK GİDERİ,

R) POLİÇE TEMİNAT kapsamı dışında yapılan ile SAĞLIK KURUMU vasfını taşımayan yerlerde yapılan giderler,

S) Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler

T) Duruma göre, Sigortalı tarafından veya Sigortalıya yapılacak organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında, verici olduğu durumda Sigortalı ve alıcı için; Sigortalı'nın alıcı olduğu durumda ise organ ve/veya kan verecek kişi/kişiler için yapılan giderler; organ, kan ve/veya organın transfer giderleri ile bunlarla illiyet bağı taşıyan sonraki rahatsızlıklara dair her türlü tanısı, tedavi veya cerrahi müdahaleler sonucu doğacak sağlık gideri, ,

U) Tedavilerin yapılması sırasında oluşan seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

V) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler.

Y) Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran SİGORTALI ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan DOKTOR'un ücreti.

Z) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği ve/veya doğumda bekleme süresi tamamlanmadığı sürece, gebelik, doğum, sezeryan ve/veya bunlarla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait sağlık giderleri.

Ek1

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ilişkin bilgiler;

Değerli Sigortalımız,

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarımız, Şirketimiz kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve ilan edilmektedir.

Anlaşmalı Kurumlarımıza ait en güncel bilgilere ulaşmak için, dilerseniz Müşteri Temsilcinizi / Acentenizi ve 444 45 46 nolu numaradan Allianz Çözüm Hattı'mızı da arayabilirsiniz.

www.allianz.com.tr adresinde "Anlaşmalı Sağlık Kurumu Arama", "Tıbbi Kadro Arama (doktor, diyetisyen, psikolog, diğer)", "Anlaşmalı Eczane Arama", "Hangi Hizmeti Nereden Alabilirim", "İndirim Uygulayan Merkezler" gibi başlıklar altında ihtiyacınıza uygun arama yapma olanakları sunulmaktadır.

Öncelikle tanı/tedavi işlemi için seçmiş olduğunuz Sağlık Kurumu'nun POLİÇE'niz için geçerli olup olmadığını web sitesinden kontrol etmenizi öneririz. Tercih ettiğiniz kurumun detay bilgilerine girdiğinizde hangi ürünlerde geçerli olduğunu, iletişim/adres bilgilerini ve o kuruma özel uygulamalarla ilgili bilgilendirmelere ulaşabilirsiniz.

Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında göreceğiniz tedaviler için poliçe türüne göre ve kapsamındaki teminat limitleri / ödeme yüzdeleri dahilinde masraflarınızın sizin adınıza doğrudan anlaşmalı kuruma ödenmesi sağlanacaktır.

Lütfen, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndaki yetkililerimize, Sigortalı Tanıtım Kartı'nızı kimlik belgenizle birlikte işlemlerinizi önce göstererek, Allianz sigortalısı olduğunuzu belirtiniz. Sigortalı Tanıtım Kartı'nız yenilenen poliçeleriniz için de geçerli olacaktır.

Kullanmak istediğiniz Sağlık Kurumu, sahip olduğunuz ürün çerçevesinde geçerli olmasa da ilgili kurum yetkilisiyle görüşüp tanıtım kartınızı veya poliçenizi göstererek indirim olanaklarından faydalanabilirsiniz.

Allianz Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan kurumlar, ürün ve hizmetlere ait geçerlilik bilgileri sadece bilgilendirme amaçlı olup faaliyet ve hizmet açıklamaları kurumlar tarafından iletilen bilgilerle sınırlıdır. Hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almanız gerekmektedir.

Allianz, Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan tüm listelerde önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir, sayfada yer alan bilgiler bilgilendirme amaçlı olduğundan yapılan değişiklik kullanıcıya bir hak bahsetmez, Allianz'ın değişiklik nedeniyle sorumluluğu bulunmamaktadır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde 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. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

Ek2

Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o sigortacıyı 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.

Yurtdışı Sağlık Sigortası Özel Şartlar

Allianz Sigorta AŞ. ("Allianz") aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar"), ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği çerçevesinde, Sigortalı ve/veya Sigortalıların, Allianz'ın anlaşmalı olduğu Yurt Dışı Asistans Şirketi'nin poliçe ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğunu belirtilmiş olduğu Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'ni ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme oranları dahilinde karşılar.

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

1. TANIMLAR

1.1. DOKTOR

Poliçe teminatlarının geçerli olduğu ülke/ülkelerin kanunları ile tıp san'atını icra etmeye yetkili kılınmış kimsedir.

1.2. HASTALIK

SİGORTALI'nın, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir DOKTOR tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

1.3. RAHATSIZLIK

Ergin bir insanın DOKTOR'a başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

POLİÇE'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü RAHATSIZLIK veya HASTALIK'tır.

1.5. TIBBİ GEREKLİLİK

YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması kaydıyla, uygulanacak tıbbi hizmet veya gerecin, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/veya tedavisi için gerekli ve etkili olmasıdır. Bir DOKTOR tarafından uygulanmış olması, tek başına TIBBİ GEREKLİLİK anlamı taşımaz.

1.6. DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

SİGORTALI'ya 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 veya herhangi bir RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol(*check-up*) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7. SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve POLİÇE süresi dahilinde RİSK ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan, DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (*istem, REÇETE*) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

1.8. SAĞLIK KURUMU

İlgili ülkenin kanunları uyarınca SAĞLIK KURUMU tanımına giren ve sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

1.9. SONRADAN ÖDEME

Sadece Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatları için YETKİLİ

DOKTOR sevki ve/veya onayının olmadığı durumlarda SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından Sağlık Kurumu'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir.

1.10. PRİM 1.10.1 TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Yurtdışı Ek Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait baz primi ifade eder.

1.10.2. SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Yurtdışı Ek Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık baz primini ifade eder.

Sağlık tarife primi, seçilen ürün ve plan tipine, poliçede geçerli olan anlaşmalı sağlık kurumlarına, sigortalının yaş, cinsiyet, ikametgah adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Şirket tarife primini periyodik aralıklar ile portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

1.10.3. SAĞLIK PRİMİ

Tarife Primi üzerine, her bir sigortalı için varsa Hastalık Sürprimi, Tazminat Sürprimi ilave edilmiş prim tutarıdır.

1.10.4. NET SAĞLIK PRİMİ

SAĞLIK PRİMİ üzerine iş bu poliçe özel şartları kapsamında hak edilen tüm indirimler uygulandıktan sonra elde edilen prim tutarıdır. Tazminat / Prim oranı hesaplamasında bu prim kullanılır .

1.10.5 POLİÇE PRİMİ

Net Sağlık Primi üzerine, verilmiş ise poliçe üzerinde belirtilen Ferdi Kaza ve/veya Hayat Primi ile bu ek teminatlara ait vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan SİGORTA ETTİREN'in ödemekle yükümlü olduğu Sağlık Sigortası Sözleşme bedelidir.

1.11. RİSK

Tarafların iradeleri dışında oluşan, belirsiz ve gelecekte ortaya çıkabilecek bir olaydır.

1.12. SİGORTACI

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği RİSK'e PRİM karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçe'de, Sigortacı "Allianz"dır.

1.13. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve RİSK gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir.

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri ile 17 (dahil) yaş arasındaki bekar çocuklar ancak anne ve/veya babaları ile birlikte sigortalanabilirken, Sigortalı ailenin 25 yaşa kadar (25 dahil) bekar çocukları aileleri ile birlikte aynı POLİÇE'de

sigortalanabilir. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

1.14. EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.15. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayeti altındaki çocukları.

1.16. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve PRİM ödemek dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan kişidir.

1.17. POLİÇE

SİGORTACI tarafından imzalanarak SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'e verilen, SİGORTALI ve

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.18. ANA POLİÇE

Yurtdışı Ek Sağlık Sigortasının bağlı bulunduğu, aynı sigortalılık süresini ve SİGORTALILAR'ı içeren sigorta sözleşmesidir.

1.19. TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("*TTB*") tarafından yayınlanarak TC. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR'ların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20. TAZMİNAT

SAĞLIK GİDERLERİ'nin ilgili POLİÇE döneminde yer alan TEMİNATLAR, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır.

1.21. TEMİNAT

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risk'lere karşı vermiş olduğu ilgili POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

1.22. YENİLEME

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra sözleşmenin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir POLİÇE' nin düzenlenmesidir.

1.23. YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetki verilmiş DOKTOR'lardır.

1.24. ZEYİLNAME

Sigorta sözleşmesinin bazı hükümlerinin sözleşmenin akdedilmesinden sonra değiştirilmesine ifade eden ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden belgedir.

1.25. REÇETE

DOKTOR tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, SİGORTALI ad-soyadı, DOKTOR ad-soyadı, imzası, bulunan hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tariflerini belirten belgedir.

1.26. İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin (RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların) SİGORTACI'nın değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

1.27. TAZMİNAT SÜRPRİMİ

SİGORTALI'nın POLİÇE döneminde oluşan TAZMİNAT toplamı sebebiyle YENİLEME POLİÇE'sine ilave edilen PRİM'dir.

1.28. HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin değerlendirilmesi sonucunda, bu RİSK/RİSK'ler için kişinin POLİÇE PRİM'ine belli oranda ek PRİM ilave edilerek bu RİSK'in teminat kapsamı içine alınmasıdır.

1.29. YENİ İŞ

SİGORTALI'nın, Allianz Sigorta A.Ş'nin satışa sunmuş olduğu Bireysel Sağlık Sigorta Poliçeleri'nden birini tercih ederek ilk kez teminat altına girdiği Bireysel Sağlık POLİÇE'sini ifade eder. Devam etmekte olan bir POLİÇE'ye ara dönem veya YENİLEME dönemi itibarıyla eş ve çocuk girişi bu kapsamda değerlendirilmez.

1.30. BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Anne, baba, evlenmemiş çocuk(lar)'dan ve evlat edinme ilişkisi ile oluşan çekirdek aile'nin bir arada yer alabildiği sağlık sigortası türüdür.

1.31. GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Ettiren bir tüzel kişiliğe Sosyal Güvenlik Kurumu ("*SGK*") ilişkisi ile bağlı olarak çalışan Bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılan sağlık sigortası türüdür.

1.32. PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

1.33. ASİSTANS ŞİRKET

Sigortalının yurt dışında aniden hastalanması veya bir kaza geçirmesi durumunda, kendisi ya da eşi, arkadaşı, doktoru veya hastane görevlisi, Allianz Sigorta kartında belirtilen Acil Yardım telefonunu arayarak, durum hakkında asistans firma bilgilendirmelidir.

Asistans firma, günün 24 saati hizmet verir. Dünyanın neresinde olursa olsun hastaneler ve doktorlarla irtibata geçer, hastane faturalarının asistans firma adına düzenlenmesi için gerekli işlemleri yapar, sigortalının ailesi ile temasa geçerek onları sigortalının sağlık durumu ve uygulanan tedavi vb. hakkında bilgilendirir, gerektiğinde sigortalı hakkında ikinci defa tıbbi danışma alır, hastaneler arasında sigortalının sevkini sağlar, gerekli tüm tıbbi raporların alınmasını ve gerekiyorsa son olarak sigortalının ülkesine gönderilmesini sağlar. Asistans firma ayrıca gerekli görüldüğünde, kendi ülkesine döndükten sonra da, sigortalının hastaneye yatırılması için gerekli işlemleri yürütür.

1.34. İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık Sigortasına ilk başvuru sırasında doldurulan Ön Bilgi Formunda yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde, Bireysel poliçelerin aileyi de kapsamaması durumunda Ön Bilgi Formu'nda yer alan kişinin İLETİŞİM BİLGİLERİ tüm aile bireyleri için kullanılır ve bu kişiye yapılacak bildirimler, varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

Grup Poliçeleri'nde, Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

2. TEMİNATLAR

İş bu Poliçe'de "Ana Teminatlar" standart olarak, "İsteğe Bağlı Teminatlar" ise seçimli olarak sunulmaktadır.

Ancak; SİGORTALI'nın, Hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için Poliçe'de teminat bulunmamaktadır.

2.1. ANA TEMİNATLAR

2.1.1. YATARAK TEDAVİLER

SİGORTALI'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatsız veya ameliyatsız yurtdışında hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki DOKTOR, ameliyathane, asistan, anesteziist, yatak-yemek, refakatçi, her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığının veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderleri ile yoğun bakım ve kemoterapi-radyo terapi-dializ giderleri, yatarak tedavi teminatları ("Yatarak Tedavi Teminatı") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde geçerlidir.

Hastanede yatarak yapılan tedavilerde, normal yatışlarda POLİÇE yılı içerisinde yatılan süre, 180 gün ile sınırlı olup, normal oda yatışlarında bir(1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki (2) gün üzerinden ve POLİÇE yatış süresinden düşülerek hesaplanır.

2.1.1.1. AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tibben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri ile ESWT (Extra corporeal shock wave therapy - şok dalga tedavisi ile taş kırma vb) giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Diş hekimleriyle ağız ve çene cerrahi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatlar Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır. Sadece trafik kazası sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlar bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*DOKTOR ücreti dahil*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.1.2. AMELİYATSIZ TEDAVİ

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve DOKTOR ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak SAĞLIK GİDERLERİ, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahede), SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.1.3. AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

SİGORTALI'nın POLİÇE ve Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş ameliyatı ile ilgili oluşan fizik tedavi giderleri hastaneden taburcu olduktan sonra başlaması ve 60 gün içinde tamamlanması şartıyla, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek değerlendirilir. Bu teminat işlemlerin yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERLERİ, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında, bu işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TARİFE'deki birimi ve yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (preop kan tahlili bu kapsamdadır) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya, başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (intraartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi) ve omurga/disk hastalıklarına yönelik olarak uygulananlar haricindeki her türlü ağrı tedavileri, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak hangi teminat kapsamına (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) gireceği belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.3. KEMOTERAPİ – RADYOTERAPİ – DİALİZ

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yurtdışında yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavi giderleri (hastane, ilaç, DOKTOR ücreti), POLİÇE'de belirtilen Yatarak Tedavi Teminatının ödeme yüzdesi ve yıllık limitinin yarısı ile sınırlı olup, Yatarak Tedavi Teminatı limitinden düşülerek ödenir. Hastalık ve kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin kontrol, takip sürecinde yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri,

öncelikle Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatı kapsamında karşılanır. Tetkiklere ait sağlık giderlerinin Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatını aşması durumunda, sigortalının eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.3.1.KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİYALİZ İÇİN TETKİK

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavileri süresince tedavinin planlanması ve takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler POLİÇE'DE belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2. İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

2.2.1. AYAKTA TEDAVİ

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, aşağıda detayları verilen; DOKTOR muayenesi, ilaç ve aşılar, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ileri tanı yöntemleri ile hastanede yatarak veya yatmadan yapılan İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem - Tedavi giderleri, ayakta tedavi teminatları ("Ayakta Tedavi Teminatları") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen yıllık limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde yurtdışında geçerlidir.

2.2.1.1.DOKTOR MUAYENE

SİGORTALI'nın bir kaza veya RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, klinik, özel muayenehane, acil durumlarda evde, DOKTOR tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.2.İLAÇ VE AŞILAR

DOKTOR tarafından SİGORTALI'nın tedavisi için gerekli görülen ilaçlar ile ilgili giderler, POLİÇE özel şartları dahilinde en fazla 5 kalem ve her kalemden en fazla 10 günlük doz olacak şekilde, SİGORTALI'nın Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Ancak tedaviyi üstlenen DOKTOR tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen ilaç'lar, POLİÇE özel şartları dahilinde, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması halinde en fazla 60 günlük dozlar halinde REÇETE edilebilir.

Reçete tarihi ve ilaç'ların alınma tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili ilaç giderleri tazmin edilemeyecektir.

SİGORTACI tarafından kabul edilen ilaç'lara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Çocukluk çağı rutin aşıları; 0-6 yaş için; 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su Çiçeği, BCG (verem), 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 0-1 yaş için 3 doz Rotavirüs, 0-3 yaş için 2 doz Hepatit A aşısı olarak belirlenmiştir.

2.2.1.3.LABORATUAR TETKİKLERİ VE RÖNTGEN

Bir hastalığın tanısı için DOKTOR tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri, laboratuvar incelemeleri, röntgen (mamografi ve ilaçlı grafler dahil), ultrason, EKG, EEG, EMG ve bunlarla kısıtlı kalmamak üzere her türlü tanı yöntemleri ile ilgili SAĞLIK GİDERLERİ, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.4.FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Münhasıran fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanan fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler POLİÇE'de belirtilen Ayakta Tedavi Teminatının ödeme yüzdesi ve yıllık limitinin yarısı ile sınırlı olup, Ayakta Tedavi Teminatı limitinden düşülerek ödenir.

2.2.2. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ

Bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler (Smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile; tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biyopsiler bu teminatın kapsamındadır. Karaciğer biyopsileri ve lezyonun

tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TARİFE'deki birimi dikkate alınarak Ameliyat Teminatları kapsamında karşılanır), anjiyografi (sadece kardiyak anjiyografi Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır), 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (gözlem, müşahede), amniosentez ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil), ağrı tedavileri (yapılan işlemlerin TARİFE'deki birimi dikkate alınmadan) ile ilgili giderler hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamında, Ayakta Tedavi Teminatı limitinden düşülerek karşılanır. (Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır.)

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

3. DİĞER TEMİNATLAR

3.1. TIBBİ MALZEME TEMİNATI

SİGORTALI'NIN sigorta süresi içerisinde meydana gelen kaza veya HASTALIK 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, oturma simidi, iştirme cihazından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde, Ayakta Tedavi Teminatı limitinden düşülerek karşılanır.İsteğe bağlı teminatlar kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede isteğe bağlı teminatlar var ise karşılanır.

4. ÖN BİLGİ FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ

A) SİGORTACI, ANA POLİÇE kapsamında bulunan SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALILAR'ın Yurtdışı Ek Sağlık Sigortası talepleri için doldurdukları Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, SİGORTALILAR'ın ANA POLİÇE'deki TAZMİNAT/PRİM oranlarını, geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu inceleyerek Yurtdışı Ek Sağlık Sigortası hazırlayıp hazırlamama, ya da SİGORTALILAR'ın mevcut veya RİSK taşıyan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını TEMİNAT kapsamında dışarıda bırakarak veya HASTALIK SÜRPRİMİ ile TEMİNAT kapsamına alarak POLİÇE hazırlama hakkına sahiptir.

B) Özel Sağlık veya Limitsiz Sağlık Sigorta POLİÇE'lerinden birine sahip olan SİGORTALI'lar, POLİÇE başlangıç tarihleri ve POLİÇE kapsamında bulunan kişiler aynı olmak koşulu ile ek olarak Yurtdışı Ek Sağlık Sigorta Poliçesi alabilirler.

C) ANA POLİÇE'nin ayakta tedavi teminatı içermemesi durumunda Yurtdışı Ek Sağlık Poliçesinde Ayakta Tedavi Teminatlı Plan seçilememektedir.

5. TEMİNAT'IN SÜREKLİLİĞİ

5.1. POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRİLMESİ

A) SİGORTACI, POLİÇE yılı sonunda POLİÇE'nin yenilenip yenilenmemesine, POLİÇE'nin TAZMİNAT/PRİM oranını inceleyerek ve SİGORTALI'nın RİSK taşıyan veya devam eden HASTALIK ve/veya RAHATSIZLIK'larını TEMİNAT kapsamı dışında bırakarak ve/veya bu HASTALIK'lar için HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak yenilenmesine karar verir.

SİGORTACI tarafından Yenileme kararı verilen YENİLEME POLİÇE/LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere, ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

B) Yurtdışı Ek Sağlık Sigortası bir yıllık olup, SİGORTACI'nın yenileme zamanlarında bu POLİÇE'yi yenileyip yenilememe hakkı saklıdır. SİGORTALI'nın ANA POLİÇESİ'nin Özel Şartlar Teminatın Sürekliliği Maddesinde belirtilen "OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ" ile "ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ" ve şartları Yurtdışı Ek Sağlık Poliçesi için geçerli değildir ve ANA POLİÇE'nin yenilenmesi, OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alması Yurtdışı Ek Sağlık Poliçesinin de yenileneceği, OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alacağı anlamına gelmez.

C) SİGORTACI yenileme kararı verirken, SİGORTALI'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir. Bu bilgilerle

birlikte RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını değerlendirerek, İSTİSNA uygulayabilir veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak ya da uygulamaksızın RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları TEMİNAT kapsamına alabilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır.

D) SİGORTACI yenileme dönemlerinde TEMİNAT'ları, TEMİNAT limitlerini ve TEMİNAT'lara bağlı PRİM'leri makul ölçüler içerisinde özgürce belirler. SİGORTACI POLİÇE özel şartlarında değişiklik yapabilir. Özel Şartlarda yapılan değişiklikler her bir SİGORTALI için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

E) SİGORTALI'nın ANA POLİÇE'sinin PRİM borcunu ödememesi nedeniyle POLİÇE'nin iptal olması, eksik ve/veya yanlış beyan nedenleriyle iptal edilmesi veya herhangi bir nedenle sigortalılığının kesintiye uğraması durumunda yurtdışı ek sağlık poliçesi de otomatik olarak iptal edilir.

F) SİGORTACI tarafından, yenilenmiş POLİÇE'lerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni POLİÇE'nin başlangıç tarihi arasında ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda, SİGORTACI, yenileme koşullarını tekrar değerlendirerek POLİÇE'yi iptal etme, İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulama hakkına sahiptir.

G) SİGORTALILAR, POLİÇE yenileme dönemlerinde Ek Yurtdışı Sağlık Poliçesi'nin başka bir planı kapsamında sigortalanmak ister ise, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. Yenileme dönemlerinde, TEMİNAT plan değişiklikleri SİGORTACI'nın onayına bağlıdır. SİGORTACI, TEMİNAT planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını TEMİNAT kapsamı dışında bırakabilir.

H) Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İLETİŞİM BİLGİLERİ'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

5.2. SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, ANA POLİÇE kapsamında olan kişileri, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın Yurtdışı Ek Sağlık Poliçe talebi için doldurduğu ÖNBİLGİ FORMU'nda beyan ettiği tüm bilgileri ve ANA POLİÇE'deki tüm tıbbi bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI ÖNBİLGİ FORMU'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın ÖNBİLGİ FORMU beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIĞI'nın olması veya POLİÇE TEMİNATLAR'ının SİGORTALI tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde POLİÇE, SİGORTACI tarafından feshedilebilir veya bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar TEMİNAT kapsamı dışında bırakılarak POLİÇE devam ettirilebilir.

6. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortacının, yenileme dönemleri itibarıyla PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER maddesi altında yeralan İNDİRİM ve/veya SÜRPRİM oranlarında makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

6.1 HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ

HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ, Allianz Sigorta A.Ş. Bireysel Sağlık POLİÇE YENİLEME'lerinde uygulanır. Uygulanan HASARSIZLIK İNDİRİMİ ve TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları;

- Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için;
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30 şeklindedir.

- Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30, %50 şeklindedir.

SİGORTACI'nın Poliçe Özel Şartları POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ başlığı altında belirtilen hakları saklı kalmak kaydı ile;

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ üzerindeki SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı ile SİGORTALI'nın o yıl içinde gerçekleşen TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranına göre, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne uygulanacak olan HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık Poliçesi'nde SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı	Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ'nde gerçekleşen SİGORTALI TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranı;		
	%50'den küçükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%50 (dahil) ile %100 (dahil) arasında ise, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%100'den büyükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya
%45 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır
%30 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok
%15 Hasarsızlık İndirimi ise	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok ise,	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
%15 Tazminat Sürprimi ise,	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır
%30 Tazminat Sürprimi ise,	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(**)
%50 Tazminat Sürprimi ise, (*)	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)

(*) Sadece Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için

(**) Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için bu oran %30 dur.

6.2 AİLE İNDİRİMİ

Aynı POLİÇE kapsamında sigortalanan anne, baba ve çocukları için, sigortalı sayısı iki kişi ise %5, üç veya daha fazla ise %10 indirim uygulanır.

6.3. ESNEK TAKSİT İNDİRİMİ

Standart olarak sekiz taksitli ödeme planına göre düzenlenen POLİÇE'nin yedi veya daha az taksit ile düzenlenmesinin istenmesi durumunda, SİGORTACI'nın ilgili dönemde yürürlükte olan iskonto oranları uygulanır.

6.4. DİĞER İNDİRİMLER

SİGORTACI, yukarıda ifade edilen indirimler dışında belirli kurallar çerçevesinde bir takım indirimler uygulama hakkını saklı tutar.

6.5. FARK PRİM ZEYİLİ

Aşağıdaki TAZMİNAT ödemelerinden herhangi birisinin SİGORTALI TAZMİNAT/NET SAĞLIK PRİM oranını değiştirerek, otomatik YENİLEME şeklinde önceden düzenlenen POLİÇE PRİM'ini arttırması durumunda SİGORTACI oluşacak fark PRİM'i, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI' dan ZEYİLNAME ile ayrıca talep eder.

- i. İhbar edilmiş veya provizyon verilmiş ancak henüz ödenmemiş TAZMİNAT'lar,
- ii. Yenileme tarihine kadar ödenecek TAZMİNAT'lar,
- iii. POLİÇE bitiş tarihi sonrası, ilgili poliçe dönemine ait tazminat taleplerinden geriye dönük ödenen TAZMİNAT'lar.

6.6. TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan tarife değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl tarife primi ile yenileme dönemindeki tarife primi arasındaki farkın belirli bir band dahilinde kalmasını teminen tarife primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

6.7. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'İN TALEBİ SONUCUNDA POLİÇENİN İPTALİ

SİGORTALI veya SİGORTA ETTİREN'in POLİÇE başlangıç tarihinden sonra dilekçe ile iptal talebinde bulunması durumunda; dilekçenin Allianz'a ulaştığı tarihe kadar geçen sürenin PRİMİ gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

7. POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ

7.1. EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın evlenmesi halinde EŞ'i veya SİGORTALI ailenin yeni doğan bebekleri, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde yürürlükte bulunan POLİÇE kapsamına, yeni bir Ön Bilgi Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilirler.

EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR'ın POLİÇE başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde POLİÇE PRİMLERİ POLİÇE'nin kalan süresi için gün esasına göre hesap edilir.

Evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde POLİÇE kapsamına dahil edilmeyen EŞ, 25 yaş (dahil) ve altındaki bekar ÇOCUKLAR ise takip eden POLİÇE YENİLEME dönemlerinde POLİÇE kapsamına alınabilecektir.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan POLİÇE'nin Özel Şart ve PRİM'leri geçerli olacaktır. POLİÇE'ye girişi yapılan EŞ/ BEBEK/ÇOCUKLAR için yukarıda belirtilen şartlar dahilinde ayrıca PRİM tahakkuk ettirilecektir. EŞ/BEBEK/ÇOCUK girişlerinde ZEYİL POLİÇE PRİM'i ana POLİÇE'nin kalan vade sayına bölünür, ödemeler tamamlanmış ise, peşin olarak tahsil edilir.

8. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Sigorta AŞ. Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesi SONRADAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

8.1. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındaki tedaviler sırasında POLİÇE'nin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, SAĞLIK GİDERİ'ne konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü

saat 12:00 ye kadar olan bölümü eski POLİÇE TEMİNATLAR'ından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ ise yeni POLİÇE TEMİNATLAR'ından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili HASTALIK için İSTİSNA uygulanan POLİÇE'de, bu tedavi ile ilgili TEMİNAT'ın süresi POLİÇE bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİ'NİN BELGELENDİRİLMESİ

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

A) SİGORTALILAR, TEMİNATLAR kapsamında yaptıkları SAĞLIK GİDERİ'ne ait faturaların asıllarını "Allianz" Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu")'na kaydederek, ekinde göndermelidir. DOKTOR muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında DOKTOR kaşesi bulunmalı ve DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.

B) Tanı ve/veya tedavi sonucu SAĞLIK KURUMU'ndan kasa fişi yerine SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

C) Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler de eklenmelidir.

- Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu,
- DOKTOR muayenelerinde, anamnez raporu (gerekli görülen durumlarda),
- Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, DOKTOR tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor,
- Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde, DOKTOR istemi (sevk belgesi) ve tetkik sonuçları,
- İlaç tedavilerinde, reçete'lerin asılları ve reçete'deki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları,

• Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,

D) SİGORTALI, her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil) ilgili ülke kanunlarında geçerli olan resmi kaza raporlarını ve alkol muayenesini içeren adli raporu birlikte sunmalıdır,

E) SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

F) SİGORTALI, tedavi tarihinde yurt dışında tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla POLİÇE TEMİNATLAR'ından yararlanabilir. Yurt dışında yapılan tedavilere ait SAĞLIK GİDERLERİ'nin ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

9. SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

SİGORTA ETTİREN'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. SİGORTA ETTİREN'in, SİGORTALI olarak poliçede yer almadığı durumlarda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile SİGORTA ETTİREN değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise SİGORTACI'nın hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası SİGORTA ETTİREN'in kanuni varislerine iade edilir. İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

SİGORTACI, TAZMİNAT'ın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle PRİM'e hak kazanmış olur. TAZMİNAT ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre PRİM iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN

olması halinde, PRİM iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

10.SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI

Bu sigorta TEMİNAT kapsamı ve limitleri dahilinde, TC. sınırları dışında dünyanın her yerinde geçerlidir. Yurt dışında SİGORTALI tarafından ödenen tedavi giderleri, SİGORTACI'nın ödeme günündeki TC. Merkez Bankası Efektif satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya ödenir.

11.SAĞLIK GİDERİLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

A) Yurt dışında POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Operasyon Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi- Dializ için Tetkik Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTALI'nın yurtdışında gerçekleşen Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Operasyon Sonrası Fizik Tedaviye ait Sağlık Giderleri, POLİÇE'de belirtilen Yatarak Tedavi yıllık limitinden düşülerek ve %80 ödeme oranı ile, SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTALI'nın yurtdışında gerçekleşen Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatları'na ait Sağlık Giderleri, POLİÇE'de belirtilen Yatarak Tedavi Limitinin yarısı ile sınırlı olup Yatarak Tedavi yıllık limitinden düşülerek, Kemoterapi-Radyoterapi- Dializ için Tetkik Teminatı'na ait giderler ise Polişe'de belirtilen limit dahilinde %80 ödeme oranı ile, SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. SİGORTALI'nın yurtdışında gerçekleşen Küçük Cerrahi Tedavileri'ne ait Sağlık Giderleri, POLİÇE'de belirtilen Küçük Cerrahi Teminat limitinden düşülerek ve %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Yurt dışında gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ, tahakkuk tarihindeki TC. Merkez Bankası Efektif satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya ödenir.

B) Yurtdışı Ek Sağlık Poliçe şartları dahilinde yurt dışında gerçekleşen DOKTOR Muayene, İlaç ve aşılar, Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem - Tedavi- ile ilgili SAĞLIK GİDERLERİ;

POLİÇE'de belirtilen yıllık Ayakta Tedavi limitinden düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Ancak, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili SAĞLIK GİDERLERİ, Ayakta Tedavi limitinin yarısı ve %80 limit ödeme oranı ile sınırlıdır.

Yurt dışında gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ, tahakkuk tarihindeki TC. Merkez Bankası Efektif satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya ödenir.

12.TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir, Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak SAĞLIK GİDERİ de TEMİNAT kapsamı dışındadır:

A) POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,

B) POLİÇE başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve HASTALIK'lar, genetik HASTALIK'lar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler, büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidus, Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Jinekomasti ve obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri karşılanmaz.

"Allianz"ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar veya "Bizim Bebek" olan sigortalının doğumsal (konjenital) anomali, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidusa ait sağlık giderleri, "Allianz"ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması şartıyla, poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalıların Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

C) (a) ve (b) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve SİGORTACI'nın aksini bildirmediği tüm durumlarda POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fitik, omurga ve disk hastalıkları, kist dermoid sakral, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, burun polipleri, kafa sinüs hastalıkları, diz, omuz, dirsek, kalça eklem hastalık ve lezyonları (menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.), katarakt, prostat, varis, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid bezi hastalıkları ile ilgili tedavi ve komplikasyonları için TEMİNATLAR POLİÇE başlangıcından 12 ay sonra başlar.

D) DENEYSEL veya ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ'ler.

Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını arttırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri.

Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT gibi muayene ve tetkikler (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) ile kuduz, tetanoz ve Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ödenecek aşılardan dışındaki her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar,

Reçete'ye veya tedavi protokolüne yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar,

- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, vitamin + mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin + mineral + diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar
- Yurda kaçak sokulan ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları.

E) Astım, RHY (Reaktif Hava Yolu), Bronş Hiperaktivitesi ve her türlü allerjik HASTALIK ile ilgili deri testleri ve aşı giderleri.

F) DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

G) Psikiyatrik, geriatrik HASTALIK'lar, demansiyel sendrom (*bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi*) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

H) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği sürece şaşılık ve kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil), ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin, kontrol ve komplikasyonları,

I) Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlarda (*POLİÇE şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç*) ile kontrol ve komplikasyonları, anti-aging (*yaşlanmayı geciktirici*) çalışmalar için yapılan (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) hemosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olamamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık

personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (*sklerozan-lazer tedavileri gibi*), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (*polisomnografi, uyku EEG'si*) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

J) Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (*phimosi vb.*), yardımla üreme teknikleri (*kısırlık tanı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi, ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanı-tedavi yöntem ve/veya komplikasyonları*), doğum kontrolü yöntemleri (*küretaj dahil*) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile Genital Herpes, Genital ve Anal Papillomatöz lezyonlar (*Siğiller, Kondiloma Akkuminata vb.*), Genital ve Anal Molluscum Kontagiosum, Peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz (kemik erimesi) durumlarının her türlü tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

K) HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,

L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve HASTALIK'lar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI'nın geçirdiği HASTALIK, kaza ve yaralanmalarına ait tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

M) Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (*dağcılık, paraşütçülük, yolcu sıfatından gayri ve tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, ralli motokros gibi*) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,

N) Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, meme ve penil protezler ile, ayrı bir teminat olarak verilmedikçe gözlük, lens, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler ve ayrıca, tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, tv. gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

O) Sigortalılığı bir yılı aşan SİGORTALILAR için aynı HASTALIK nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan SAĞLIK GİDERİ,

P) SAĞLIK KURUMU veya DOKTOR'ların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak SAĞLIK GİDERİ,

R) POLİÇE TEMİNAT kapsamı dışında yapılan ile SAĞLIK KURUMU vasfını taşımayan yerlerde yapılan giderler,

S) Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler

T) Duruma göre, Sigortalı tarafından veya Sigortalı'ya yapılacak organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında, verici olduğu durumda Sigortalı ve alıcı için; Sigortalı'nın alıcı durumda ise organ ve/veya kan verecek kişi/kişiler için yapılan giderler; organ, kan ve/veya organın transfer giderleri ile bunlarla illiyet bağı taşıyan sonraki rahatsızlıklara dair her türlü tanı, tedavi veya cerrahi müdahaleler sonucu doğacak sağlık gideri,

U) Tedavilerin yurt dışında ya da yurtiçinde yapılması halinde seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

V) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler.

Y) Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran SİGORTALI ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan DOKTOR'un ücreti.

Z) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği ve/veya doğumda bekleme süresi tamamlanmadığı sürece, gebelik, doğum, sezeryan ve/veya bunlarla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait sağlık giderleri.

Ek2

Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o sigortacıyı 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.

Vitalis Sağlık Sigortası Özel Şartlar

Allianz Sigorta AŞ. ("Allianz") aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar"), ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede teminat olarak yer alıyorsa Hayat Sigortası Özel Şartları, Hayat ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği çerçevesinde, Sigortalı ve/veya Sigortalıların, "Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"ne göre poliçe ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'ni ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme oranları dahilinde karşılar.

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

1. TANIMLAR

1.1. DOKTOR

Poliçe teminatlarının geçerli olduğu ülke/ülkelerin kanunları ile tıp san'atını icra etmeye yetkili kılınmış kimsedir.

1.2. HASTALIK

SİGORTALI'nın, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir DOKTOR tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

1.3. RAHATSIZLIK

Ergin bir insanın DOKTOR'a başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

POLİÇE'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü RAHATSIZLIK veya HASTALIK'tır.

1.5. TIBBİ GEREKLİLİK

YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması kaydıyla, uygulanacak tıbbi hizmet veya gerecin, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/veya tedavisi için gerekli ve etkili olmasıdır. Bir DOKTOR tarafından uygulanmış olması, tek başına TIBBİ GEREKLİLİK anlamı taşımaz.

1.6. DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

SİGORTALI'ya 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 veya herhangi bir RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol(*check-up*) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7. SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve POLİÇE süresi dahilinde RİSK ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan, DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (*istem, REÇETE*) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

1.8. SAĞLIK KURUMU

Özel kanunları uyarınca TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

1.8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Yapılacak tıbbi işlemler öncesinde YETKİLİ DOKTOR ve/veya SİGORTACI'dan onay almaları şartıyla, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve poliçe özel şartlarının ayrılmaz bir parçası olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu DOKTOR'ları kapsamaktadır.

1.8.2. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunmayan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen DOKTOR'lar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu vasıflarına haiz olmakla birlikte, SAĞLIK GİDERİ'nin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan kişileri kapsamaktadır

1.9. DOĞRUDAN ÖDEME

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirttiği teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödenmesidir.

1.9.1 PROVİZYON / E-PROVİZYON

Sigortacıdan, tahakkuk sırasında nihai olarak değerlendirme hakkı saklı kalmak koşulu ile onay bekleyen tazminat taleplerini ifade etmektedir. E-provizyon/Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın tahakkuk safhasında tazminat talebini değerlendirerek gerek teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir. Allianz'ın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi esas olacaktır.

1.9.2 TAHAKKUK

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden PROVİZYON/E-PROVİZYON alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, Poliçe Teminat ve Limitleri, Poliçe Genel ve Özel Şartları dahilinde değerlendirerek, SAĞLIK KURUM'larına ve/veya Sigortalı/Sigortalılar'a ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verdiği nihai safhayı ifade eder.

1.10. SONRADAN ÖDEME

SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınmaksızın SAĞLIK GİDERİ'nin SİGORTALI tarafından önce SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir.

1.11. PRİM 1.11.1 TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Vitalis Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık ve varsa Ferdi Kaza ile Hayat Primi toplamını gösteren baz primi ifade eder.

1.11.2. SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Vitalis Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık baz primini ifade eder.

Sağlık tarife primi, seçilen ürün ve plan tipine, poliçede geçerli olan anlaşmalı sağlık kurumlarına, sigortalının yaş, cinsiyet, ikametgah adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Şirket tarife primini periyodik aralıklar ile portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

1.11.3. SAĞLIK PRİMİ

Tarife Primi üzerine, her bir sigortalı için varsa Hastalık Sürprimi, Tazminat Sürprimi ilave edilmiş prim

tutarıdır.

1.11.4. NET SAĞLIK PRİMİ

SAĞLIK PRİMİ üzerine iş bu poliçe özel şartları kapsamında hak edilen tüm indirimler uygulandıktan sonra elde edilen prim tutarıdır. Tazminat / Prim oranı hesaplamasında bu prim kullanılır .

1.11.5 POLİÇE PRİMİ

Net Sağlık Primi üzerine, verilmiş ise poliçe üzerinde belirtilen Ferdi Kaza ve/veya Hayat Primi ile bu ek teminatlara ait vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan SİGORTA ETTİREN'in ödemekle yükümlü olduğu Sağlık Sigortası Sözleşme bedelidir.

1.12. RİSK

Tarafların iradeleri dışında oluşan, belirsiz ve gelecekte ortaya çıkabilecek bir olaydır.

1.13. SİGORTACI

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği RİSK'e PRİM karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçe'de, Sigortacı "Allianz"dır.

1.14. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve RİSK gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir.

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri ile 17 (dahil) yaş arasındaki bekar çocuklar ancak anne ve/veya babaları ile birlikte sigortalanabilirken, Sigortalı ailenin 25 yaşa kadar (25 dahil) bekar çocukları aileleri ile birlikte aynı POLİÇE'de sigortalanabilir. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

1.15. EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.16. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayeti altındaki çocukları.

1.17. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve PRİM ödemek dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan kişidir.

1.18. POLİÇE

SİGORTACI tarafından imzalanarak SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'e verilen, SİGORTALI ve SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.19. TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("*TTB*") tarafından yayınlanarak TC. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR'ların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20. TAZMİNAT

SAĞLIK GİDERLERİ'nin ilgili POLİÇE döneminde yer alan TEMİNATLAR, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır.

1.21. TEMİNAT

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risk'lere karşı vermiş olduğu ilgili POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

1.22. YENİLEME

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra sözleşmenin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir POLİÇE' nin düzenlenmesidir.

1.23. YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetki verilmiş DOKTOR'lardır.

1.24. ZEYİLNAME

Sigorta sözleşmesinin bazı hükümlerinin sözleşmenin akdedilmesinden sonra değiştirilmesine ifade eden ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden belgedir.

1.25. REÇETE

DOKTOR, Diş Hekimi tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, SİGORTALI ad-soyadı, DOKTOR ad-soyadı, imzası, diploma numarası bulunan hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tariflerini belirten belgedir.

1.26. ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ

Yurt içi ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşen, Yatarak Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Küçük Cerrahi ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ'nin, SİGORTACI tarafından TAZMİNAT'a esas alınacak ve POLİÇE üzerinde belirtilmiş azami yıllık brüt tutarıdır. SİGORTACI tarafından ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden ödenen TAZMİNAT'lar bu limitten düşülür.

1.27. İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin (RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların) SİGORTACI'nın değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

1.28. TAZMİNAT SÜRPRİMİ

SİGORTALI'nın POLİÇE döneminde oluşan TAZMİNAT toplamı sebebiyle YENİLEME POLİÇE'sine ilave edilen PRİM'dir.

1.29. HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin değerlendirilmesi sonucunda, bu RİSK/RİSK'ler için kişinin POLİÇE PRİM'ine belli oranda ek PRİM ilave edilerek bu RİSK'in teminat kapsamı içine alınmasıdır.

1.30. YENİ İŞ

SİGORTALI'nın, Allianz Sigorta A.Ş'nin satışa sunmuş olduğu Bireysel Sağlık Sigorta Poliçeleri'nden birini tercih ederek ilk kez teminat altına girdiği Bireysel Sağlık POLİÇE'sini ifade eder. Devam etmekte olan bir POLİÇE'ye ara dönem veya YENİLEME dönemi itibarıyla eş ve çocuk girişi bu kapsamda değerlendirilmez.

1.31. BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Anne, baba, evlenmemiş çocuk(lar)'dan ve evlat edinme ilişkisi ile oluşan çekirdek aile'nin bir arada yer alabildiği sağlık sigortası türüdür.

1.32. GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Ettiren bir tüzel kişiliğe Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ilişkisi ile bağlı olarak çalışan Bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılan sağlık sigortası türüdür.

1.33. PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

1.34. İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık Sigortasına ilk başvuru sırasında doldurulan Ön Bilgi Formunda yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde, Bireysel poliçelerin aileyi de kapsamı durumunda Ön Bilgi Formu'nda yer alan kişinin İLETİŞİM BİLGİLERİ tüm aile bireyleri için kullanılır ve bu kişiye yapılacak bildirimler, varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

Grup Poliçeleri'nde, Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

2. TEMİNATLAR

İş bu Poliçe'de "Ana Teminatlar" ve "Hamilelik/Doğum Teminatı" standart olarak, "İsteğe Bağlı Teminatlar"ise seçimli olarak sunulmaktadır.

Ancak; SİGORTALI'nın, Hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için Poliçe'de teminat bulunmamaktadır.

2.1. ANA TEMİNATLAR

2.1.1. YATARAK TEDAVİLER

SİGORTALI'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki DOKTOR, ameliyathane, yatak-yemek, refakatçi, her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığının veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatları ("*Yatarak Tedavi Teminatı*") kapsamında karşılanır.

SAĞLIK GİDERİ'nin yurt dışında gerçekleşmesi durumunda POLİÇE'de belirtilen yurt dışı yatarak tedavi yıllık limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde, yurt içinde ise, sadece Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan,POLİÇE ve/veya ilgili TEMİNAT için geçerli olduğu belirtilmiş SAĞLIK KURUM'larında gerçekleşmesi koşulu ile karşılanır.

Yurt dışı Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı yıllık limiti, Yurt dışı Yatarak Tedavi Teminatı yıllık limitinin yarısı ile sınırlı olup, Yurt dışı Yatarak Tedavi Teminatı yıllık limitinden düşülerek ödenir.

Yurt içinde Hastanede yatarak yapılan tedavilerde, normal yatışlarda POLİÇE yılı içerisinde yatılan süre, 180 gün ile sınırlı olup, normal oda yatışlarında bir(1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki(2) gün üzerinden ve POLİÇE yatış süresinden düşülerek hesaplanır.

2.1.1.1.AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tibben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri ile ESWT (*Extra corporeal shock wave therapy - şok dalga tedavisi ile taş kırma vb*) giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Diş hekimleriyle ağız ve çene cerrahi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatlara Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır. Sadece trafik kazası sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlara bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*DOKTOR ücreti dahil*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.1.2.AMELİYATSIZ TEDAVİ

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve DOKTOR ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak SAĞLIK GİDERLERİ, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (*gözlem, müşahede*), SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.1.3.EVDE BAKIM

SİGORTALI'nın yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten DOKTOR'u tarafından evde uygulanması istenen tedavi planının, SİGORTALI'nın hastaneden taburcu olurken SİGORTACI tarafından onaylanması ve POLİÇE yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren evde tıbbi bakım hizmet giderleri Poliçe Genel ve Özel Şartları esas olmak üzere Yurtiçi Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Yurtdışında yapılan Evde bakım hizmetlerine ait SAĞLIK GİDERİ Teminat kapsamı dışındadır.

2.1.1.4.AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

SİGORTALI'nın POLİÇE ve Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş ameliyatı ile ilgili oluşan fizik tedavi giderleri hastaneden taburcu olduktan sonra başlaması ve 60 gün içinde tamamlanması şartıyla, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek değerlendirilir. Bu teminat işlemlerin yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın, yurtiçi TAZMİNAT'larda yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olup %80 oranında, yurtdışı TAZMİNAT'larda POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (*bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler*) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERLERİ, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında, bu işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan işlemin TARİFE'deki birimi ve yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır.

Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (*preop kan tahlili bu kapsamdadır*) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (*ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç*) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya, başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (*intrartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi*) ve omurga/disk hastalıklarına yönelik olarak uygulananlar haricindeki her türlü ağrı tedavileri, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak hangi teminat kapsamına (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) gireceği belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.3. KEMOTERAPİ - RADYOTERAPİ - DİALİZ

Sigortacı tarafından kabul edilen habis hastalıklar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavi giderleri (*hastane, ilaç, doktor ücreti*), Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı kapsamında karşılanır. HASTALIK ve kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin kontrol, takip sürecinde yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, öncelikle Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatı kapsamında karşılanır. Tetkiklere ait sağlık giderlerinin Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatını aşması durumunda, sigortalının eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.3.1 KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİALİZ İÇİN TETKİK

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için (ayaktan veya hastanede yatarak) yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavileri süresince tedavinin takibi ve planlanması için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde karşılanır.

2.1.4. HAMİLELİK VE DOĞUM TEMİNATI

2.1.4.1. DOĞUM/SEZARYEN TEMİNATI

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (*bebek ile ilgili harcamalar hariç*), doğumun ve/veya hamilelik komplikasyonlarına bağlı tedavilerin sadece Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve Vitalis

Sağlık Sigorta Poliçesinde geçerli olduğu belirtilen ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında gerçekleştirilmesi koşulu ile POLİÇE'de belirtilen limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.

Hamilelik, Doğum ve/veya komplikasyonlarına bağlı takip ve tedavilerin SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ödenecek DOKTOR ücreti SİGORTALI'nın tercih ettiği ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU ile SİGORTACI arasında belirlenen DOKTOR ücretini aşamaz.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında, hastanede yatmadan yapılan hamileliğin takibi ile ilgili giderler, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, 18 ile 54 yaş arası bayan SİGORTALI'lar için geçerlidir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı POLİÇE'de çocuk konumunda sigortalanmış bayanlar için geçerli değildir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, SİGORTALI'nın POLİÇE kapsamına dahil olmasından en az "5 ay" sonra başlayacak hamilelikleri için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi dikkate alınır. Doğum Teminatı için 5 aylık bekleme dönemini tamamlamayan SİGORTALI'nın doğum, hamilelik komplikasyonu ve/veya takibi ile ilgili giderleri de TEMİNAT kapsamı dışındadır. YENİLEME'de POLİÇE veya TEMİNAT planı'nın farklı olması durumunda 5 aylık bekleme dönemi yeni poliçenin başlangıç tarihi itibarıyla tekrar başlar.

SİGORTALI'nın doğumun gerçekleşeceği yıl tercih ettiği Bireysel Sağlık Poliçe türü veya TEMİNAT planı ile bir önceki yıl POLİÇE'si veya TEMİNAT planı farklı olamaz. Doğumun gerçekleştiği yıl ile bir önceki yıl SİGORTALI'nın POLİÇE veya TEMİNAT planı arasında farklılık olursa, SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı'nı bir önceki yıl POLİÇE'sinin yenileme dönemindeki TEMİNAT limitleri ve şartları dahilinde karşılamakta veya SİGORTALI'dan fark PRİM talep ederek doğumun gerçekleşeceği yıldaki POLİÇE veya TEMİNAT planını uygulamakta serbesttir.

Bu teminat TC sınırları içerisinde ve sadece poliçenin geçerli olduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerlidir.

2.1.4.2. YENİ DOĞAN TEMİNATI

POLİÇE'sinde "Hamilelik ve Doğum Teminatı" bulunan ve doğumunu Hamilelik ve Doğum Teminatı tanımı ve POLİÇE özel şartları dahilinde gerçekleştiren sigortalıların, doğum veya sezaryen nedeniyle planlanan süre dahilinde hastanede yatışı sırasında, bebeğin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan muayene ve rutin tetkik giderlerinin POLİÇE Genel ve Özel Şartları dahilinde olanları Yeni Doğan Teminatı kapsamında karşılanır. Bebeğe bir hastalık saptanması nedeniyle yatışının uzaması ve/veya ek araştırma gerektiren durumlarda, bebeğe ait sağlık giderleri varsa, bebeğin poliçeye dahil edildiği tarih ve sonrası için, bebeğe ait teminatlar çerçevesinde, POLİÇE Genel ve Özel şartları kapsamında değerlendirilir.

2.1.5. YAPAY UZUV

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ile vücuda implante edilen cihazlardan; memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, kalp pili, ICD, koklear implantlar ve vücut içi pompalar gerekliliğinin DOKTOR raporuyla belgelenmesi ve YETKİLİ DOKTOR'un onaylaması koşulu ile, olay tarihinde yürürlükte bulunan POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.6. KAZA SONUCU VEFAT VE SÜREKLİ SAKATLIK

Bu TEMİNAT, POLİÇE kapsamında sigortalanan ve yaşları 18 ve üzeri olan SİGORTALI'nın bir kaza sonucu vefat etmesi veya sürekli sakat kalması halinde ilişik Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.1.7. HAYAT

Bu TEMİNAT (işbu teminat Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş tarafından verilmektedir), POLİÇE kapsamında sigortalanan, yaşları 18(dahil) – 49(dahil) yaşları arasında olan ve Hayat teminatı verilmesi SİGORTACI tarafından onaylanmış SİGORTALI'ların ecelen, kazaen veya hastalık sonucu

vefat etmesi halinde ilişik Hayat Sigortası Genel ve Özel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.2. İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

2.2.1. AYAKTA TEDAVİ

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, aşağıda detayları verilen; DOKTOR muayenesi, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, ayakta tedavi teminatları ("*Ayakta Tedavi Teminatları*") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen yıllık limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde dünyanın her yerinde (*yurtiçinde ve yurtdışında*) geçerlidir.

2.2.1.1. DOKTOR MUAYENE VE İLAÇ

SİGORTALI'nın bir kaza veya RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, klinik, özel muayenehane, acil durumlarda evde, DOKTOR tarafından yapılacak muayeneleri ve SİGORTALI'nın tedavisi için gerekli görülen ilaçları ile ilgili SAĞLIK GİDERLERİ Doktor Muayene ve İlaç Teminatı kapsamında yıllık limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

SİGORTACI tarafından kabul edilen ilaçlara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

POLİÇE özel şartları dahilinde en fazla 5 kalem ve her kalemden en fazla 10 günlük doz olacak şekilde, tedaviyi üstlenen DOKTOR tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen ilaçlar ise, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması halinde en fazla 60 günlük dozlar halinde REÇETE edilebilir.

Reçete tarihi ve ilaçların alınma (*fatura/fiş*) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili ilaç gideri tazmin edilmeyecektir.

Çocukluk çağı rutin aşılı; 0-6 yaş için; 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su Çiçeği, BCG (verem), 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 0-1 yaş için 2 doz Rotavirüs, 0-3 yaş için 2 doz Hepatit A aşısı olarak belirlenmiştir.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri ise, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR'un onay vermesi koşuluyla, ilgili TEMİNATLAR kapsamında karşılanır.

2.2.1.2. LABORATUAR TETKİKLERİ VE RÖNTGEN

Bir hastalığın tanısı için DOKTOR tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri ile, röntgen (*mamografi ve ilaçlı grafiler dahil*), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili SAĞLIK giderleri, Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen Teminatı yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.2.1.3. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Münhasıran fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanan fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili SAĞLIK giderleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.2.2. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ

Bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler (*Smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile; tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biyopsiler bu teminatın kapsamındadır. Karaciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TARİFE'deki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır*), anjiyografi (*sadece kardiyak anjiyografi Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır*), 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (*gözlem, müşahede*), amniosentez ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (*yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil*), ağrı tedavileri (yapılan işlemlerin TARİFE'deki birimi dikkate alınmadan) ile ilgili giderler hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. (Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri Küçük Cerrahi teminatı kapsamında

karşılır.)

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

3. DİĞER HİZMETLER VE TEMİNATLAR

3.1. ACİL YARDIM HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın SAĞLIK KURUMU'na nakli için sigortalı kartı üzerinde belirtilen " Acil Yardım Hattı'nı araması koşulu ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ve bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Acil Yardım Hizmetinden" yararlanır.

SİGORTALI'nın tıbbi donanımı yeterli olan en yakın SAĞLIK KURUMU'na kara yolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, SİGORTACI'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve YETKİLİ DOKTOR'un onayı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hava ambulans hizmeti SİGORTACI tarafından verilir.

3.2. KONTROL MAMOGRAFİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI bayanların yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde mamografi için geçerli olduğu belirtilen sağlık kurumlarında yaptıracakları kontrol mamografi ücretleri, POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.3. AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

SİGORTALI'nın günlük yaşamlarında karşılaşılabilecekleri tüm sağlık sorunlarına hitap edebilecek düzeyde tıbbi uzmanlık alanlarında yeterli eğitim görmüş ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan yetkili olan uzman hekimler tarafından verilen hizmetlerdir. Telefon ile sigortalı'nın isteyebileceği sağlık danışmanlığı hizmetleri ücretsizdir. Muayene ve tedaviler için POLİÇE şartları geçerlidir.

3.4. SAĞLIK TARAMA (check-up) HİZMETİ

Bu POLİÇE kapsamındaki SİGORTALI'larımızın (POLİÇE'de *ÇOCUK olarak bulunanlar hariç*), her poliçe yılında bir kez ve sadece Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan Sağlık Tarama (*check up*) Merkezi olarak listelenmiş sağlık kurumlarında, önceden randevu ve provizyon alınması şartıyla geçerli olan bir hizmettir.

Bu hizmet, POLİÇE PRİMİ'nin en az %50'sinin ödenmesinden sonra geçerlidir.

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde, birden fazla check-up paneli sunulmuş olup, her poliçe yılında sadece bir kez ve bir panel ücreti, POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.5. PSA TARAMA HİZMETİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI erkeklerin yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ndeki "PSA Tarama Merkezlerinde" yaptıracakları PSA (prostat spesifik antijen) tetkiki POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.6. TIBBİ MALZEME TEMİNATI

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK 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, oturma simidi, işitme cihazından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. İsteğe bağlı teminatlar kapsamında gerçekleşen tedavilere ait tıbbi malzemeler ancak poliçede isteğe bağlı teminatlar var ise karşılanır.

4. ÖN BİLGİ FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SİGORTACI, POLİÇE kapsamına dahil olacak kişileri, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın önbilgi formu'nda beyan ettiği bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5. TEMİNAT'IN SÜREKLİLİĞİ

5.1. POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

A) Otomatik Yenileme Güvencesi veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI'nın bilgisi dahilinde olmayan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK durumlarında, SİGORTACI durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme güvencesi taahhüdüne son verme, ya da bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK ile ilgili TEMİNAT'ı durdurup yenileme güvencesi taahhüdünü, İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

B) Şirketimiz Bireysel veya Grup Sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve/veya ek sağlık poliçesi, Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçelerinde sağlanan sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup bir sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

C) Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta POLİÇE'sinin satışının durdurulması halinde, bu POLİÇE'de devam etmekte olan Sigortalılar'ın POLİÇE'leri bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve YENİLEME döneminde, sigortalı'ya, en az biten POLİÇE standartları'na haiz bir POLİÇE ve PLAN önerilecek ve POLİÇE PRİM'i önerilen POLİÇE ve PLAN'ının güncel tarifesi üzerinden hesaplanacaktır.

5.1.1. OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ

Sigortalının, 4. Maddede belirtilen Ön Bilgi Formu Değerlendirme aşamasında ilk poliçe dönemi olarak Allianz Bireysel poliçeye kabulü sonrasında aralıksız devam eden ilk üç tam bireysel poliçe yılı için mevcut ürün ve plan dahilinde otomatik olarak yenileneceği taahhütüdür ("Otomatik Yenileme Güvencesi").

a) Ön Bilgi Formu'nda beyan edilen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için yapılan uygulamalar, aşağıdaki hallerde, Otomatik Yenileme Güvencesi süresi sonuna kadar tekrar değerlendirilmez:

i. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları TEMİNAT kapsamı dışında bırakma kararı verirse,

ii. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak TEMİNAT kapsamına alma kararı verirse,

iii. SİGORTACI'nın kararı ile HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak TEMİNAT kapsamına alınan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların, SİGORTALI tarafından TEMİNAT kapsamı dışında bırakılması istenir ve bu SİGORTACI tarafından kabul edilir.

b) Otomatik Yenileme Güvencesi verildikten sonra, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi koşuluyla, SİGORTALI'nın ardı ardına üç POLİÇE yılı süresince ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları yine bu üç sene boyunca TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanmayacaktır. POLİÇE başlangıcından önce mevcut ve beyan edilmemiş RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için bu uygulama geçerli değildir.

SİGORTACI, POLİÇE başlangıç tarihinden sonra POLİÇE'ye dahil olan EŞ ve/veya ÇOCUKLAR'ın katıldıkları POLİÇE'nin bitiş tarihini dikkate almaz ve POLİÇE'nin Yenileme tarihinden başlamak üzere yeni POLİÇE süresinin bitim tarihini baz alarak "Teminatın Sürekliliği" Maddesi uyarınca Otomatik Yenileme Güvencesi için değerlendirme yapar.

Otomatik Yenileme Güvencesi alınmış olan Poliçe'yi takip eden üç yıl için, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Otomatik Yenileme Güvencesi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere, ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren

tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.1.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

SİGORTACI'nın, Otomatik Yenileme Güvencesi bitiminde yapacağı değerlendirme sonucunda, POLİÇE'nin SİGORTACI tarafından mevcut ürün ve plan dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür ("Ömür Boyu Yenileme Garantisi").

SİGORTACI, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi ve SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, Otomatik Yenileme Güvence süresi sonunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi vermeye, SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak karar verir. Bu değerlendirmede SİGORTALI'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir veya SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırabilir. SİGORTACI tüm bu bilgiler dikkate alınarak yapılan tıbbi değerlendirme sonucunda SİGORTALI'nın mevcut veya RİSK taşıyan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını hastalık sürprimi ile TEMİNAT kapsamına alarak bu güvenceyi verebilir veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'ni vermeyip her yenileme döneminde tekrar değerlendirme yapabilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. Tüm değerlendirmeler sonucunda iki yıl üst üste ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alamayan SİGORTALI'lar bir daha ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ almak üzere değerlendirmeye alınmaz ve sigortalı her yenileme döneminin sonunda yapılan değerlendirmeye ilişkin olarak bilgilendirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken uygulanan HASTALIK SÜRPRİMİ ve/veya İSTİSNA'lar daha sonraki poliçe yenileme dönemlerinde tekrar değerlendirilmez.

SİGORTACI tarafından, üçüncü yıl sonunda yenilenmiş POLİÇE'lerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni POLİÇE'nin başlangıç tarihi arasında gerçekleşen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ın SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda, SİGORTACI, YENİLEME koşullarını tekrar değerlendirerek HASTALIK SÜRPRİMİ uygulama hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvenceyi kazandıktan sonra ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları da SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları için hastalık sürprimi uygulanmayacaktır.

SİGORTACI, işbu "Özel Şartlar - Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak, Ömür Boyu Yenileme Garantisi alınmış olan Poliçe'nin yenileme döneminde, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne haiz Sigortalı'lar'a ait YENİLEME POLİÇE/LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletmek üzere ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren

tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.2. PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK

Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni kazanmış SİGORTALI'nın PRİM borcunu ödememesi nedeniyle POLİÇE'nin iptal olması, herhangi bir nedenle sigortalılığının kesintiye uğraması durumunda, SİGORTACI'nın Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü son bulur.

5.3. PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Bireysel Poliçe yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme, Allianz Grup Sağlık poliçesine ilave veya sonlanan Grup Sağlık Poliçe devamı olarak Bireysel Sağlık poliçe talep etme, Diğer Sigorta Şirketlerindeki Sağlık Sigorta poliçelerinden Allianz Bireysel Sağlık Poliçelerine geçiş prensipleri aşağıda açıklandığı şekilde uygulanmaktadır.

SİGORTALI'ların Allianz'dan ikinci bir Bireysel Poliçe talebi kabul edilmez, Allianz Grup Sağlık Poliçesi devam ederken Grup Sağlık Poliçesine ek olarak alınan Bireysel Poliçeler Grup Sağlık Poliçesi'nde kazanılan haklarla ilişkilendirilemez.

5.3.1 ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Ürün/Plan değişiklik talepleri Poliçe bitiş Tarihi Öncesi ve Sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilmektedir. POLİÇE yenileme dönemlerinde SİGORTACI'nın diğer bir Bireysel Sağlık ürününün TEMİNATLAR'ı kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. YENİLEME dönemlerinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkına sahip SİGORTALI'nın mevcut poliçesinden daha kapsamlı POLİÇE veya plan değişikliği talep etmesi durumunda, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. SİGORTACI, POLİÇE veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ını teminat kapsamı dışında bırakabilir veya HASTALIK SÜRPRİMİ ile teminat kapsamına alabilir. SİGORTALI'nın mevcut poliçesine göre aynı ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerli ve daha dar kapsamlı bir Ürün/Plan'a geçiş talebi olması durumunda SİGORTACI yeniden tıbbi risk değerlendirmesi yapmadan talebi kabul eder. Bu durumda SİGORTALI'nın varsa İSTİSNA veya HASTALIK SÜRPRİMİ devam ettirilir.

Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. SİGORTALI'ların 65 yaş ve sonrası Ürün/Plan değişiklik talepleri kabul edilmez.

5.3.2. DİĞER SİGORTA ŞİRKETİNDEN GEÇİŞLER

SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta şirketinde, kesintisiz olarak en az bir tam yıl sağlık sigortasının bulunması ve poliçe bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORMU'nu doldurarak Allianz'a başvurması esastır.

SİGORTACI SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta Şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, ÖN BİLGİ FORMU'ndaki, beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adayları'nı POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.3.3. ALLIANZ GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNDEN BİREYSEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNE GEÇİŞLER

Allianz Grup Sağlık sigortası olan sigortalıların, aksine bir sözleşme yok ise, grup sağlık poliçesinden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORM'u doldurulması koşuluyla Allianz Bireysel Sağlık Sigortası ürünlerine geçiş talepleri, ilgili grup sağlık sigortası poliçesinin protokolleri çerçevesinde değerlendirilir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmış olan sigortalılar, dahil oldukları grup sağlık sigortası planıyla aynı, yoksa en yakın Bireysel planda sigortalanır. Sigortalının aynıveya en yakın Bireysel plan dışında daha farklı bir Sağlık ürününe geçiş talebi söz konusu olması durumunda, geçiş talep edilen ürünün yenileme, yenileme garantisi hakları dikkate alınarak Sigortalı'nın hangi koşullarda sigortalanacağına karar verilir.

Grup poliçeden bireysel poliçeye geçişte SİGORTALI'ların kesintisiz olarak en az bir tam yıl Sağlık Sigortasının bulunması Gerekmetedir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmamış olan sigortalıların geçiş koşullarına ÖN BİLGİ FORMU'ndaki sigortalı beyanları ve tüm kayıtlar incelenerek karar verilir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adaylarını POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.4. SİGORTALI'NIN BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI Ön Bilgi Formu'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'ının olması veya POLİÇE teminatlarının SİGORTALI tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde POLİÇE, SİGORTACI tarafından feshedilebilir, bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR teminat kapsamı dışında bırakılarak veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak POLİÇE devam ettirilebilir. SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, "OTOMATİK YENİLEME ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ" kapsamında değerlendirilmez.

SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, her ne şartla olursa olsun bir daha kapsama dahil etmez. SİGORTACI'nın MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'a ait giderleri, SİGORTALI/SİGORTALILAR lehine işlem kolaylığı sağlayan PROVİZYON/E-PROVİZYON aşamasında kabul etmiş olması, SİGORTALI/SİGORTALILAR tarafından, TEMİNAT ve TAZMİNAT olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. SİGORTACI'nın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

6. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortacının, yenileme dönemleri itibarıyla PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER maddesi altında yer alan İNDİRİM ve/veya SÜRPRİM oranlarında makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

6.1. HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ

HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ, Allianz Sigorta A.Ş. Bireysel Sağlık POLİÇE YENİLEME'lerinde uygulanır. Allianz'da ilk sağlık poliçe başlangıç tarihi 01.04.2014 ve sonrasına ait olan sigortalıların kesintisiz olarak devam eden ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ bulunan yenileme poliçelerine TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz.

Uygulanan HASARSIZLIK İNDİRİMİ ve TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları;

- Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için;
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30 şeklindedir.
- Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için

HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30, %50
şeklindedir.

SİGORTACI'nın Poliçe Özel Şartları POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ başlığı altında belirtilen hakları saklı kalmak kaydı ile;

Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi'ne, "Kendisi" veya "Eşi" konumunda, ilk kez girişi yapılacak olan 18-54 yaş arasındaki bir bayan SİGORTALI'nın, Ana Teminat ile birlikte Hamilelik ve Doğum Teminatı tercih etmiş olması halinde (sadece "Yatarak Tedavi" ve "Hamilelik ve Doğum Teminatı" içeren 1.plan poliçeler), poliçenin ilk YENİLEME döneminde yeni yıl SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz. Yenileme dönemlerinde POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi halinde PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER başlığı altında yer alan maddeler ikinci YENİLEME POLİÇESİ'nde (ardışık üçüncü POLİÇE) uygulanmaya başlanır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ üzerindeki SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı ile SİGORTALI'nın o yıl içinde gerçekleşen TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranına göre, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne uygulanacak olan HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Ayrıca, transfer olarak değerlendirilen Sigortalı/lar'ın;

1. Allianz Sigorta A.Ş'de Grup Sağlık veya T.C'de faaliyet gösteren Diğer bir Sigorta Şirketi'nde Grup/Bireysel Sağlık Sigortası'na sahip olması (acil durum, tehlikeli hastalıklar, herhangi bir Poliçe'ye ek Sağlık Teminatı verilmesi ve benzeri uygulamalar hariçtir),

2. Yukarıdaki madde de belirtilen şekilde en az bir tam yıllık Sigortalı'lık sürecini tamamlayarak Poliçe'si devam etmekte iken veya Poliçe'sinin iptal olduğu tarihten itibaren en geç 30 gün içinde Vitalis Sağlık Sigorta Poliçe'sine (Doğum Teminatı içeren planlar hariçtir) geçiş/giriş yapmak üzere başvuru yapması,

3. Allianz Sigorta A.Ş Vitalis Sağlık Sigorta Poliçe'si başvuru öncesinde, kesintisiz devam eden diğer Poliçe'deki son 3 yıla ait Sigortalı Tazminat/Prim oranlarının tarihsel olarak geriye doğru incelenmesi kaydıyla (incelemeye konu edilen Poliçe silsilesindeki tam yıllar dikkate alınacak, bir tam yıldan eksik süreler değerlendirmeye girmeyecektir),

ilk yıl ve takip eden yenileme Poliçe'lerinde de aşağıda belirtilen Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprim oranları, Allianz Sigorta A.Ş onayı ile geçerli olacaktır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık Poliçesi'nde SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı	Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ'nde gerçekleşen SİGORTALI TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranı;		
	%50'den küçükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%50 (dahil) ile %100 (dahil) arasında ise, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%100'den büyükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya
%45 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır
%30 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok
%15 Hasarsızlık İndirimi ise	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok ise,	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
%15 Tazminat Sürprimi ise,	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır
%30 Tazminat Sürprimi ise,	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(**)
%50 Tazminat Sürprimi ise, (*)	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)

(*) Sadece Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için

(**) Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için bu oran %30 dur.

6.2. AİLE İNDİRİMİ

Aynı POLİÇE kapsamında sigortalanan anne, baba ve çocukları için, sigortalı sayısı iki kişi ise %5, üç veya daha fazla ise %10 indirim uygulanır.

6.3. ESNEK TAKSİT İNDİRİMİ

Standart olarak sekiz taksitli ödeme planına göre düzenlenen POLİÇE'nin yedi veya daha az taksit ile düzenlenmesinin istenmesi durumunda, SİGORTACI'nın ilgili dönemde yürürlükte olan iskonto oranları uygulanır.

6.4. DİĞER İNDİRİMLER

SİGORTACI, yukarıda ifade edilen indirimler dışında belirli kurallar çerçevesinde bir takım indirimler uygulama hakkını saklı tutar.

6.5. YAŞ SÜRPRİMİ UYGULAMASI

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve ilk poliçe döneminde 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan SİGORTALILAR'ın aralıksız devam eden yenileme poliçelerinde 64 yaş sonrası için ilgili poliçe dönemine ait 64 yaş TARİFE PRİMİ içinde yer alan Ferdi Kaza Prim miktarlarına, Şirket'in yine ilgili dönemde uygulamada olan ve sigortalının yenileme poliçe başlangıç tarihindeki yaşına denk gelen yaş sürprim oranları eklenecektir. Ferdi Kaza Yaş Sürprim oranları aşağıda gösterilmektedir.

Yaş	Ferdi Kaza	Yaş	Ferdi Kaza	Yaş	Ferdi Kaza
65	10%	69	30%	73	50%
66	15%	70	35%	74	55%
67	20%	71	40%	75	60%
68	25%	72	45%	>= 76	FK verilmez

6.6. FARK PRİM ZEYİLİ

Aşağıdaki TAZMİNAT ödemelerinden herhangi birisinin SİGORTALI TAZMİNAT/NET SAĞLIK PRİM oranını değiştirerek, otomatik YENİLEME şeklinde önceden düzenlenen POLİÇE PRİM'ini arttırması durumunda SİGORTACI oluşacak fark PRİM'i, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI' dan ZEYİLNAME ile ayrıca talep eder.

- İhbar edilmiş veya provizyon verilmiş ancak henüz ödenmemiş TAZMİNAT'lar,
- Yenileme tarihine kadar ödenecek TAZMİNAT'lar,
- POLİÇE bitiş tarihi sonrası, ilgili poliçe dönemine ait tazminat taleplerinden geriye dönük ödenen TAZMİNAT'lar.

6.7. TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan tarife değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl tarife primi ile yenileme dönemindeki tarife primi arasındaki farkın belirli bir band dahilinde kalmasını teminen tarife primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

6.8. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'İN TALEBİ SONUCUNDA POLİÇENİN İPTALİ

SİGORTALI veya SİGORTA ETTİREN'in POLİÇE başlangıç tarihinden sonra dilekçe ile iptal talebinde bulunması durumunda; dilekçenin Allianz'a ulaştığı tarihe kadar geçen sürenin PRİMİ gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

7. POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ

7.1. EŞ BEBEK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın evlenmesi halinde EŞ'i veya SİGORTALI ailenin yeni doğan bebekleri, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde yürürlükte bulunan POLİÇE kapsamına, yeni bir Ön Bilgi Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilirler. EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR'ın POLİÇE başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde POLİÇE PRİMleri POLİÇE'nin kalan süresi için gün esasına göre hesap edilir.

Evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde POLİÇE kapsamına dahil edilmeyen EŞ, 25 yaş (dahil) ve altındaki bekar ÇOCUKLAR ise takip eden POLİÇE YENİLEME dönemlerinde POLİÇE kapsamına alınabilecektir.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan POLİÇE'nin Özel Şart ve PRİM'leri geçerli olacaktır. POLİÇE'ye girişi yapılan EŞ/ BEBEK/ÇOCUKLAR için yukarıda belirtilen şartlar dahilinde ayrıca PRİM tahakkuk ettirilecektir. EŞ/BEBEK/ÇOCUK girişlerinde ZEYİL POLİÇE PRİM'i ana POLİÇE'nin kalan vade sayına bölünür, ödemeler tamamlanmış ise, peşin olarak tahsil edilir.

7.2. BİZİM BEBEK

SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı dahilinde, en geç doğum tarihi itibarıyla iki ay içinde anne ve/ veya baba'nın Bireysel Sağlık POLİÇE'si kapsamına dahil edilmiş bebeklere ("Bizim Bebek"), sigorta başlangıç tarihi itibarıyla aşağıdaki şartlara bağlı olarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verir.

A) Annenin VİTALİS SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ olması kaydıyla, anne ve babanın Hamilelik ve Doğum Teminatı'nda belirtilen bekleme süresi dahil, Allianz'da Sağlık Sigortalısı olarak yer almaları durumunda devam edecektir.

B) Ön Bilgi Formu beyanına istinaden, SİGORTACI tarafından yapılan RİSK değerlendirmesi sonucunda sigortalıya karar verilen bebeklerin MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'ları için İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanabilir veya bu güvenceyi vermek için takip eden POLİÇE YENİLEME döneminde değerlendirme yapılabilir.

8. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda, SİGORTACI'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirtilen TEMİNAT limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na yapılan ödemeler DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

SİGORTALI başvuruda bulunduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na sigortalı olduğunu belirtmek ve POLİÇE'de belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil Tedaviler dışındaki Ameliyat ve Tıbbi Tedaviler 48 saat önceden ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU aracılığı ile SİGORTACI'ya bildirilmediği takdirde DOĞRUDAN ÖDEME işlemi geçersizdir.

SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini " Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("*TMT Formu*") ekinde talep etmesi SONRADAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

Bu talep, POLİÇE şartları çerçevesinde SİGORTACI tarafından tazmin edilir

8.1. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Hastanede Yatarak ya da Evde Bakım Teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında POLİÇE'nin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık gideri'ne konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski POLİÇE TEMİNATLAR'ından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ ise yeni POLİÇE TEMİNATLAR'ından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili HASTALIK için İSTİSNA uygulanan POLİÇE'de, bu tedavi ile ilgili TEMİNAT'ın süresi POLİÇE bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİNİN BELGELENDİRİLMESİ

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

A) SİGORTALILAR, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında "DOĞRUDAN ÖDEME" kapsamında

karşılananların dışında, TEMİNATLAR kapsamında yaptıkları SAĞLIK GİDERLERİ'ne ait faturaların asıllarını Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu("TMT Formu")na kaydederek, ekinde göndermelidir. DOKTOR muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında DOKTOR kaşesi bulunmalı ve DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.

B) Tanı ve/veya tedavi sonucu klinik vb. SAĞLIK KURUMU'ndan kasa fişi yerine SİGORTALI adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

C) Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler de eklenmelidir.

- Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu
- DOKTOR muayenelerinde, anamnez raporu (*gerekli görülen durumlarda*),
- Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, DOKTOR tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor,
- Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde, DOKTOR istemi (*sevk belgesi*) ve tetkik sonuçları,
- İlaç tedavilerinde, reçete'lerin asılları ve reçete'deki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları,
- Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,

D) SİGORTALI, her türlü adli olayda (*trafik kazaları dahil*) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (*olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, vb.*) TAZMİNAT talebi (*DOĞRUDAN ÖDEME aşaması dahil*) ile birlikte sunmalıdır.

E) SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

Yurt dışında yapılan tedavilerde SİGORTALI, tedavi tarihinde yurt dışında tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydı ile POLİÇE TEMİNATLARI'ndan yararlanabilir.

F) 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.

9. SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

SİGORTA ETTİREN'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. SİGORTA ETTİREN'in, SİGORTALI olarak poliçede yer almadığı durumlarda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile SİGORTA ETTİREN değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise SİGORTACI'nın hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası SİGORTA ETTİREN'in kanuni varislerine iade edilir. İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

SİGORTACI, TAZMİNAT'ın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle PRİM'e hak kazanmış olur. TAZMİNAT ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre PRİM iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN olması halinde, PRİM iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

10. SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

A) Yurt içinde POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Vitalis Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için

POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile; Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere %80 ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Vitalis Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için geçerli olan ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek, yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %80 ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Ön onay aşamasında kullanılan SİGORTACI'ya ait form üzerinde DOKTOR tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra DOKTOR tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, SİGORTACI, bu iki tutardan daha düşük olanını TAZMİNAT hesabında dikkate alacaktır.

iii. Vitalis Sağlık Poliçesi TEMİNATLAR'ı için ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek ve %80 ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen ANLAŞMA HARİCİ KURUM LİMİTİ'nden düşülerek, yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olmak üzere ve %80 ödeme oranı ile; Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Ancak, hayati tehlike gösteren acil durumlarda, yapılan tedaviye ait gerekli tıbbi raporlar ile belgelenmesi ve SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşulu ile oluşan SAĞLIK GİDERİ, POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen limit ve %100 limit ödeme oranı ile, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları, POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi yıllık toplam 10 seans ve TARİFE ile sınırlı olup %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

B) Yurt içinde POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Doktor Muayene ve İlaç, Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İler Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERLERİ;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. Sigortacı tarafından önceden onaylanan ve ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (SİGORTALI'nın özel doktoru ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR); POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesinde yer alan eczanelerde, ilaç ve Aşı Teminat tanımında belirtilen koşullar dahilindeki SAĞLIK GİDERİ POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

C) Yurt dışında POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları'na ait SAĞLIK GİDERİ;

i. SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurtdışında gerçekleşen Ameliyat,

Ameliyatsız Tedavilerine ait Sağlık Giderleri, POLİÇE'de belirtilen Yurtdışı Yatarak Tedavi yıllık limitinden düşülerek ve %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Yurtdışı danışma hattının ("*Yurtdışı Danışma*") kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurtdışında gerçekleşen Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı'na ait Sağlık Giderleri, POLİÇE'de belirtilen Yurtdışı Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı yıllık limit ve %80 ödeme oranı ve Yurtdışı Yatarak Tedavi yıllık limitinden düşülerek SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Yurtdışı danışma hattının ("*Yurtdışı Danışma*") kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna direkt ödeme olanağı bulunması durumunda, gerçekleşen SAĞLIK GİDERLERİ POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile Doğrudan ödeme kapsamında karşılanır. Bu TEMİNAT Yurtdışı Yatarak Tedavi Teminat limitinin yarısı ile sınırlıdır.

iii. SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurtdışında gerçekleşen Küçük Cerrahi Tedavilerine ait Sağlık Giderleri, POLİÇE'de belirtilen yıllık limitinden düşülerek ve %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurtdışında gerçekleşen Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ için Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatlarına ait SAĞLIK GİDERLERİ poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

v. Yurt dışında gerçekleşen SAĞLIK GİDERİ, tahakkuk tarihindeki TC. Merkez Bankası Efektif satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya ödenir.

D) Yurt dışı Poliçe şartları dahilinde gerçekleşen Doktor Muayene ve İlaç, Laboratuvar Tetkikleri ve Röntgen, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi ile ilgili SAĞLIK GİDERLERİ;

SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurt dışında gerçekleşen Sağlık Giderleri, POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Yurt dışında SİGORTALI tarafından ödenen SAĞLIK GİDERİ, tahakkuk tarihindeki TC. Merkez Bankası Efektif satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya ödenir.

E) Şirketimiz veya diğer sigorta şirketleri tarafından tazminata konu olan SAĞLIK GİDERİ'nin Sigortalı Katılım Payı ve/veya MUAFİYET tutarı olarak değerlendirilen bölümü, sigortalının Şirketimizde bulunan Sağlık poliçelerinden karşılanmaz.

11. RÜCU ve İSTİRDAT HAKKI

11.1. SİGORTACI, Poliçe Özel ve Genel şartlar kapsamında kabul ettiği ve ödediği SAĞLIK GİDERİ'ne üçüncü şahısların neden olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği TAZMİNAT tutarı kadarıyla üçüncü şahıslara rücu edebilir.

11.2. SİGORTACI, SİGORTALI/SİGORTALILAR adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI/SİGORTALILAR hesabına ödediği ancak poliçe özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, TAZMİNAT dahil her türlü ödemeyi, doğrudan SİGORTALI/SİGORTALILAR'dan talep hakkı bulunmaktadır. SİGORTALI/SİGORTALILAR'ın ve/veya tedaviyi düzenleyen SAĞLIK KURUMU veya Doktor'unun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. SİGORTACI'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle SİGORTACI'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

12. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir, "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak SAĞLIK GİDERİ de TEMİNAT kapsamı dışındadır:

A) POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,

B) POLİÇE başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve HASTALIK'lar, genetik HASTALIK'lar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen HAMİLELİK TAKİBİ hariç), büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidus, Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Jinekomasti ve obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri karşılanmaz.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar veya “Bizim Bebek” olan sigortalının doğumsal (konjenital) anomali, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidusa ait sağlık giderleri, “Allianz”ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması şartıyla, poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalıların Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

C) (a) ve (b) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve SİGORTACI'nın aksini bildirmedığı tüm durumlarda POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fıtık, omurga ve disk hastalıkları, kist dermoid sakral, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, burun polipleri, kafa sinüs hastalıkları, diz, omuz, dirsek, kalça eklem hastalık ve lezyonları(menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.), katarakt, prostat, varis, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid bezi hastalıkları ile ilgili tedavi ve komplikasyonları için TEMİNATLAR POLİÇE başlangıcından 12 ay sonra başlar.

D) DENEYSEL veya ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ'ler. Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, koroner arter kalsiyum skorlama testi, EBT, VCT gibi muayene ve tetkikler (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) ile kuduz, tetanoz ve Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ödenecek aşılardan dışındaki her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar, Reçete'ye veya tedavi protokolüne yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar,

- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, vitamin + mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin + mineral + diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar
- Yurda kaçak sokulan ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları.

E) Astım, RHY (Reaktif Hava Yolu), Bronş Hiperaktivitesi ve her türlü allerjik HASTALIK ile ilgili deri testleri ve aşı giderleri.

F) DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

G) Psikiyatrik, geriatric HASTALIK'lar, demansiyel sendrom (*bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi*) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

H) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği sürece şaşılık ve kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil) ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin kontrol ve

komplifikasyonları,

I) Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlar (*POLİÇE şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç*) ile kontrol ve komplifikasyonları, anti-aging (*yaşlanmayı geciktirici*) çalışmalar için yapılan (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) homosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olamamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (*sklerozan-lazer tedavileri gibi*), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (*polisomnografi, uyku EEG'si*) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

J) Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (*phimosıs vb.*), yardımla üreme teknikleri (*kısırlık tanısı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi, ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanısı-tedavi yöntem ve/veya komplifikasyonları*), doğum kontrolü yöntemleri (*küretaj dahil*) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile, genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (*siğiller, kondiloma akkürminata vb.*), genital ve anal molluscum contagiosum, peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz (*kemik erimesi*) durumlarının her türlü tanısı, tedavi, kontrol ve komplifikasyon giderleri,

K) HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol niteliğindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'in sebep olacağı AIDS vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,

L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve HASTALIK'lar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI'nın geçirdiği HASTALIK, kaza ve yaralanmalarına ait tanısı, tedavi, kontrol ve komplifikasyon giderleri,

M) Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (*dağcılık, paraşütçülük, yolcu sıfatından gayri ve tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, ralli motokros gibi*) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,

N) Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler ile ortopedik terlik, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, meme ve penil protezler, koltuk değneği, tekerlekli sandalye ile ayrı bir teminat olarak verilmedikçe gözlük, lens, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler, ve ayrıca, tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, tv. gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

O) Sigortalılığı bir yılı aşan SİGORTALILAR için aynı HASTALIK nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan SAĞLIK GİDERİ,

P) SAĞLIK KURUMU veya DOKTOR'ların uyguladıkları tanısı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak SAĞLIK GİDERİ,

R) POLİÇE TEMİNAT kapsamı dışında yapılan ile SAĞLIK KURUMU vasfını taşımayan yerlerde yapılan giderler,

S) Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler

T) Duruma göre, Sigortalı tarafından veya Sigortalı'ya yapılacak organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında, verici olduğu durumda Sigortalı ve alıcı için; Sigortalı'nın alıcı olduğu durumda ise organ/ ve/veya kan verecek kişi/kişiler için yapılan giderler;organ, kan ve/veya organın transfer giderleri ile bunlarla illiyet bağı taşıyan sonraki rahatsızlıklara dair her türlü tanısı, tedavi veya cerrahi müdahaleler sonucu doğacak sağlık gideri,

U) Tedavilerin yurt dışında ya da yurtiçinde yapılması halinde seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

V) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplifikasyonlarına ait her türlü giderler.

Y) Tanısı ve tedavisi için kendisine başvuran SİGORTALI ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan DOKTOR'un ücreti.

Z) Poličede ayrı bir teminat olarak verilmediği ve/veya doğumda bekleme süresi tamamlanmadığı sürece, gebelik, doğum, sezaryan ve/veya bununla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplifikasyonlarına

ait sağlık giderleri.

Ek1

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ilişkin bilgiler;

Değerli Sigortalımız,

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarımız, şirketimiz kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde dzenli olarak gncellenmekte ve ilan edilmektedir.

Anlaşmalı Kurumlar'ımıza ait en gncel bilgilere ulaşmak için, dilerseniz Müşteri Temsilcinizi / Acentenizi ve 444 45 46 nolu numaradan Allianz özüm Hattı'mızı da arayabilirsiniz.

www.allianz.com.tr adresinde "Anlaşmalı Sağlık Kurumu Arama", "Tıbbi Kadro Arama (doktor, diyetisyen, psikolog, diğer)", "Anlaşmalı Eczane Arama", "Hangi Hizmeti Nereden Alabilirim", "İndirim Uygulayan Merkezler" gibi başlıklar altında ihtiyacınıza uygun arama yapma olanakları sunulmaktadır.

Öncelikle tanı/tedavi işlemi için seçmiş olduğunuz Sağlık Kurumu'nun POLİÇE'niz için geçerli olup olmadığını web sitesinden kontrol etmenizi öneririz. Tercih ettiğiniz kurumun detay bilgilerine girdiğinizde hangi ürünlerde geçerli olduğunu, iletişim/adres bilgilerini ve o kuruma özel uygulamalarla ilgili bilgilendirmelere ulaşabilirsiniz.

Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında göreceğiniz tedaviler için poliçe türüne göre ve kapsamındaki teminat limitleri / ödeme yüzdeleri dahilinde masraflarınızın sizin adınıza doğrudan anlaşmalı kuruma ödenmesi sağlanacaktır.

Lütfen, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndaki yetkililerimize, Sigortalı Tanıtım Kartı'nızı kimlik belgenizle birlikte işlemlerinizden önce göstererek, Allianz sigortalısı olduğunuzu belirtiniz. Sigortalı Tanıtım Kartı'nız yenilenen poliçeleriniz için de geçerli olacaktır.

Kullanmak istediğiniz Sağlık Kurumu, sahip olduğunuz ürün çerçevesinde geçerli olmasa da ilgili kurum yetkilisiyle görüşüp tanıtım kartınızı veya poliçenizi göstererek indirim olanaklarından faydalanabilirsiniz.

Allianz Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan kurumlar, ürün ve hizmetlere ait geçerlilik bilgileri sadece bilgilendirme amaçlı olup faaliyet ve hizmet açıklamaları kurumlar tarafından iletilen bilgilerle sınırlıdır. Hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almanız gerekmektedir.

Allianz, Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan tüm listelerde önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir, sayfada yer alan bilgiler bilgilendirme amaçlı olduğundan yapılan değişiklik kullanıcıya bir hak bahşetmez, Allianz'ın değişiklik nedeniyle sorumluluğu bulunmamaktadır.

Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde 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. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

Ek2

Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o sigortacıyı 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.

Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar

Allianz Sigorta AŞ. ("Allianz") aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("Özel Şartlar"), ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede teminat olarak yer alıyorsa Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği çerçevesinde, Sigortalı ve/veya Sigortalıların, "Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ne göre poliçe ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'ni ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme oranları dahilinde karşılar.

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

1. TANIMLAR

1.1. DOKTOR

Poliçe teminatlarının geçerli olduğu ülke/ülkelerin kanunları ile tıp san'atını icra etmeye yetkili kılınmış kimsedir.

1.2. HASTALIK

SİGORTALI'nın, psikolojik ya da fiziksel fonksiyonlarında, organlarında veya sistemlerinde bir DOKTOR tarafından belirlenen bozulmanın, tıbbi bir tetkik, tedavi veya müdahale gerektirmesi durumudur.

1.3. RAHATSIZLIK

Ergin bir insanın DOKTOR'a başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4. MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

POLİÇE'nin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü RAHATSIZLIK veya HASTALIK'tır.

1.5. TIBBİ GEREKLİLİK

YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması kaydıyla, uygulanacak tıbbi hizmet veya gerecin, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak bir hastalığın tanı ve/veya tedavisi için gerekli ve etkili olmasıdır. Bir DOKTOR tarafından uygulanmış olması, tek başına TIBBİ GEREKLİLİK anlamı taşımaz.

1.6. DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

SİGORTALI'ya 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 veya herhangi bir RAHATSIZLIK olmadan araştırma, kontrol(*check-up*) amacıyla uygulandığına YETKİLİ DOKTOR tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7. SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve POLİÇE süresi dahilinde RİSK ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, SİGORTACI'nın TIBBİ GEREKLİLİK koşulunu sağlayan, DOKTOR tarafından yazılı olarak planlanan (*istem, REÇETE*) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderlerdir.

1.8. SAĞLIK KURUMU

Özel kanunları uyarınca TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılarak, sürekli kontrol edilen özel işletmeye veya kamuya ait yataklı ve/veya ayakta tanı, tedavi hizmetlerini veren kurumlardır.

1.8.1. ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU

Yapılacak tıbbi işlemler öncesinde YETKİLİ DOKTOR ve/veya SİGORTACI'dan onay almaları şartıyla, Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan ve poliçe özel şartlarının ayrılmaz bir parçası olan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçerli olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren kadrolu DOKTOR'ları kapsamaktadır.

1.8.2. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU

Şirket'in kurumsal Web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunmayan, POLİÇE ve/veya ilgili teminat için geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp DOKTOR'ları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle SİGORTACI'nın yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen DOKTOR'lar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu vasıflarına haiz olmakla birlikte, SAĞLIK GİDERİ'nin talep edildiği somut olayda, SİGORTACI'dan ön onay almaksızın işlem yapan kişileri kapsamaktadır.

1.9. DOĞRUDAN ÖDEME

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirttiği teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödenmesidir.

1.9.1 PROVİZYON / E-PROVİZYON

Sigortacıdan, tahakkuk sırasında nihai olarak değerlendirme hakkı saklı kalmak koşulu ile onay bekleyen tazminat taleplerini ifade etmektedir. E-provizyon/Provizyon sırasında verilen ön onay, Sigortacı'nın tahakkuk safhasında tazminat talebini değerlendirerek gerek teminat ve gerekse ödeme bakımından farklı bir sonuca varmasına engel değildir. Allianz'ın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi esas olacaktır.

1.9.2 TAHAKKUK

Sigortacı'nın gelen tazminat talebini, önceden PROVİZYON/E-PROVİZYON alınmış olup olunmamasına bakılmaksızın, Poliçe Teminat ve Limitleri, Poliçe Genel ve Özel Şartları dahilinde değerlendirerek, SAĞLIK KURUM'larına ve/veya Sigortalı/Sigortalılar'a ödeme yapılıp yapılmayacağı; yapılacaksa ödenecek tutara karar verdiği nihai safhayı ifade eder.

1.10. SONRADAN ÖDEME

SİGORTACI'dan provizyon/e-provizyon alınmaksızın SAĞLIK GİDERİ'nin SİGORTALI tarafından önce SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile SİGORTACI'ya başvurarak bu giderlerini "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir.

1.11. PRİM

1.11.1 TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Özel Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık ve varsa Ferdi Kaza toplamını gösteren baz primi ifade eder.

1.11.2. SAĞLIK TARİFE PRİMİ

Her bir yaş ve cinsiyet için, poliçe başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacak şekilde kullanılan/kullanılacak olan Özel Sağlık Sigorta Poliçesi ve bu poliçenin farklı teminat planlarına ait Sağlık baz primini ifade eder.

Sağlık tarife primi, seçilen ürün ve plan tipine, poliçede geçerli olan anlaşmalı sağlık kurumlarına, sigortalının yaş, cinsiyet, ikametgah adresi gibi risk profili özelliklerine göre farklılık gösterir. Şirket tarife primini periyodik aralıklar ile portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak günceller.

1.11.3. SAĞLIK PRİMİ

Tarife Primi üzerine, her bir sigortalı için varsa Hastalık Sürprimi, Tazminat Sürprimi ilave edilmiş prim tutarıdır.

1.11.4. NET SAĞLIK PRİMİ

SAĞLIK PRİMİ üzerine iş bu poliçe özel şartları kapsamında hak edilen tüm indirimler uygulandıktan sonra elde edilen prim tutarıdır. Tazminat / Prim oranı hesaplamasında bu prim kullanılır .

1.11.5 POLİÇE PRİMİ

Net Sağlık Primi üzerine, verilmiş ise poliçe üzerinde belirtilen Ferdi Kaza ile bu ek teminatlara ait vergi tutarının eklenmesi sonucu oluşan SİGORTA ETTİREN'in ödemekle yükümlü olduğu Sağlık Sigortası Sözleşme bedelidir.

1.12. RİSK

Tarafların iradeleri dışında oluşan, belirsiz ve gelecekte ortaya çıkabilecek bir olaydır.

1.13. SİGORTACI

Sigorta Ettiren veya Sigortalı'nın maruz kalabileceği RİSK'e PRİM karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçe'de, Sigortacı "Allianz"dır.

1.14. SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve RİSK gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir. Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve sigortalanmak üzere ilk başvurdukları tarihte, 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan kişiler sigorta kapsamına alınabilir.

Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri ile 17 (dahil) yaş arasındaki bekar çocuklar ancak anne ve/veya babaları ile birlikte sigortalanabilirken, Sigortalı ailenin 25 yaşa kadar (25 dahil) bekar çocukları aileleri ile birlikte aynı POLİÇE'de sigortalanabilir. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır.

1.15. EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.16. ÇOCUK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın velayeti altındaki çocukları.

1.17. SİGORTA ETTİREN

Sigorta sözleşmesini yapan ve PRİM ödemek dahil sigorta sözleşmesinden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan ki'dir.

1.18. POLİÇE

SİGORTACI tarafından imzalanarak SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'e verilen, SİGORTALI ve SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.19. TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("*TTB*") tarafından yayınlanarak TC. sınırları içerisinde mesleğini icra eden DOKTOR'ların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20. TAZMİNAT

SAĞLIK GİDERLERİ'nin ilgili POLİÇE döneminde yer alan TEMİNATLAR, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır.

1.21. TEMİNAT

SİGORTACI'nın sigorta sözleşmesi ile SİGORTALI'ya risk'lere karşı vermiş olduğu ilgili POLİÇE döneminde oluşan sağlık giderleri ile ilgili güvencedir.

1.22. YENİLEME

Sigorta sözleşmesi süresinin sona ermesinden sonra sözleşmenin otomatik olarak veya teklif verilerek yenilenmesi ve esas sözleşmedeki hükümleri veya benzerlerini içeren yeni bir POLİÇE' nin düzenlenmesidir.

1.23. YETKİLİ DOKTOR

SİGORTACI bünyesinde görev yapan ve SİGORTACI tarafından yetki verilmiş DOKTOR'lardır.

1.24. ZEYİLNAME

Sigorta sözleşmesinin bazı hükümlerinin sözleşmenin akdedilmesinden sonra değiştirilmesini ifade eden ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden belgedir.

1.25. REÇETE

DOKTOR, Diş Hekimi tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, SİGORTALI ad-soyadı, DOKTOR ad-soyadı, imzası, diploma numarası bulunan hastanın tedavisinde kullanılacak ilaçların miktar ve tariflerini belirten belgedir.

1.26. İSTİSNA

POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin (RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların) SİGORTACI'nın değerlendirmesi sonucunda sigorta teminatı dışında bırakılmasıdır.

1.27. TAZMİNAT SÜRPRİMİ

SİGORTALI'nın POLİÇE döneminde oluşan TAZMİNAT toplamı sebebiyle YENİLEME POLİÇE'sine ilave edilen PRİM'dir.

1.28. HASTALIK SÜRPRİMİ

POLİÇE başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan RİSK'lerin değerlendirilmesi sonucunda, bu RİSK/RİSK'ler için kişinin POLİÇE PRİM'ine belli oranda ek PRİM ilave edilerek bu RİSK'in teminat kapsamı içine alınmasıdır.

1.29. YENİ İŞ

SİGORTALI'nın, Allianz Sigorta A.Ş'nin satışa sunmuş olduğu Bireysel Sağlık Sigorta Poliçeleri'nden birini tercih ederek ilk kez teminat altına girdiği Bireysel Sağlık POLİÇE'sini ifade eder. Devam etmekte olan bir POLİÇE'ye ara dönem veya YENİLEME dönemi itibarıyla eş ve çocuk girişi bu kapsamda değerlendirilmez.

1.30. BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI

Anne, baba, evlenmemiş çocuk(lar)'dan ve evlat edinme ilişkisi ile oluşan çekirdek aile'nin bir arada yer alabildiği sağlık sigortası türüdür.

1.31. GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta Ettiren bir tüzel kişiliğe Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ilişkisi ile bağlı olarak çalışan Bireyler ile onların eş ve çocuklarına toplu olarak yapılan sağlık sigortası türüdür.

1.32. PLAN

Teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında Şirketin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi ifade eder.

1.33. İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık Sigortasına ilk başvuru sırasında doldurulan Ön Bilgi Formunda yer alan Sigorta Ettiren ve Sigortalılara ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde, Bireysel poliçelerin aileyi de kapsamı durumunda Ön Bilgi Formu'nda yer alan kişinin İLETİŞİM BİLGİLERİ tüm aile bireyleri için kullanılır ve bu kişiye yapılacak bildirimler, varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

Grup Poliçeleri'nde, Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait ev veya iş adresleri, ev, iş ve cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder. Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa poliçedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir.

2. TEMİNATLAR

İş bu Poliçe'de "Ana Teminatlar" ve "Hamilelik/Doğum Teminatı" standart olarak, "İsteğe Bağlı Teminatlar" ise seçimli olarak sunulmaktadır.

Ancak; SİGORTALI'nın, Hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe ve sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına yönelik sair giderler için Poliçe'de teminat bulunmamaktadır.

2.1. ANA TEMİNATLAR

2.1.1. YATARAK TEDAVİLER

SİGORTALI'nın, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki DOKTOR, ameliyathane, yatak-yemek, refakatçi, her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve hastalığının veya komplikasyonlarının tedavisi için gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderleri ile yoğun bakım giderleri, yatarak tedavi teminatları ("*Yatarak Tedavi Teminatı*") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır:

2.1.1.1.AMELİYAT

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı DOKTOR tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri ile ESWT (*Extra corporeal shock wave therapy - şok dalga tedavisi ile taş kırma vb*) giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Diş hekimleriyle ağız ve çene cerrahi uzmanları tarafından yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik ameliyatlara Yatarak Tedaviler Teminatı kapsamı dışındadır. Sadece trafik kazası sonucu, çene cerrahisi uzmanları veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlara bu TEMİNAT kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de 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 TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*DOKTOR ücreti dahil*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.1.2.AMELİYATSIZ TEDAVİ

Tedavinin, ameliyat olmaksızın, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda ve DOKTOR ve/veya hastane raporlarıyla belgelenmesi koşuluyla, en az 24 saat hastanede yatılarak yapılacak Sağlık giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (*gözlem, müşahede*), SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminatları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.1.3.EVDE BAKIM

SİGORTALI'nın yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten DOKTOR'u tarafından evde uygulanması istenen tedavi planının, SİGORTALI'nın hastaneden taburcu olurken SİGORTACI tarafından onaylanması ve POLİÇE yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren evde tıbbi bakım hizmet giderleri Poliçe Genel ve Özel Şartları esas olmak üzere, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.1.4. AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

SİGORTALI'nın POLİÇE ve Hastanede Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında gerçekleşmiş ameliyatı ile ilgili oluşan fizik tedavi giderleri hastaneden taburcu olduktan sonra başlaması ve 60 gün içinde tamamlanması şartıyla, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek değerlendirilir. Bu teminat işlemlerin yatarak veya ayakta gerçekleşmesine bakılmaksızın POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.2. KÜÇÜK CERRAHİ

TARİFE'de küçük ameliyat olarak belirtilen ve 149 birime kadar olan "cerrahi girişimler" (*bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler*) ile cilt kesilerine müdahale, kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu ile yapılan biyopsi işlemlerine ait SAĞLIK GİDERLERİ, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında, bu işlemlerin 150 birim ve üzerindeki uygulamaları ise Yatarak Tedavi Teminatları ve şartlarında karşılanır.

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, yapılan

işlemin TARİFE'deki birimi ve yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında karşılanır. Küçük Cerrahi Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (*preop kan tahlili bu kapsamdadır*) ve DOKTOR ücretleri, POLİÇE'de belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu teminat kapsamında sayılan ve yukarıda belirtilen işlemlerle ilgili olsa dahi; işlem öncesinde, işlem sırasında (*ameliyathane kapsamında yapılanlar hariç*) veya sonrasında yapılabilecek her türlü muayene, laboratuvar, radyoloji gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilaçlar ile varsa bunların enjeksiyon ücretleri, veya, başka nedenlerle münferiden uygulanacak her türlü ilaç enjeksiyonları (*intrartiküler-eklem içi enjeksiyonlar gibi*) ve omurga/disk hastalıklarına yönelik olarak uygulananlar haricindeki her türlü ağrı tedavileri, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

Aynı seansta birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, TARİFE'de değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak hangi teminat kapsamına (*Ameliyat ya da Küçük Cerrahi*) gireceği belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında TEMİNAT dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve DOKTOR ücreti*), TARİFE'ye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

2.1.3. KEMOTERAPİ - RADYOTERAPİ - DİALİZ

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavi giderleri (*hastane, ilaç, DOKTOR ücreti*), Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatı kapsamında karşılanır. Hastalık ve kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin kontrol, takip sürecinde yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, öncelikle Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik Teminatı kapsamında karşılanır. Tetkiklere ait sağlık giderlerinin Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik teminatını aşması durumunda, sigortalının eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya ileri Tanı Yöntemleri Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır.

2.1.3.1. KEMOTERAPİ – RADYOTERAPİ - DİYALİZ İÇİN TETKİK

SİGORTACI tarafından kabul edilen habis HASTALIK'lar için (ayakta veya hastanede yatarak) yapılan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavileri süresince tedavinin planlanması ve takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler bu teminat kapsamında POLİÇE'DE belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde karşılanır.

2.1.4. HAMİLELİK VE DOĞUM

2.1.4.1 DOĞUM/SEZARYEN TEMİNATI

Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavi giderleri (*bebek ile ilgili harcamalar hariç*), POLİÇE'de belirtilen yıllık limit dahilinde Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında karşılanır.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamında, hastanede yatmadan yapılan hamileliliğin takibi ile ilgili giderler, SİGORTALI'nın eğer İsteğe Bağlı Teminat'ları var ise, ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi Teminatı kapsamı ve şartlarında karşılanır. Hamilelik ve Doğum Teminatı, 18 ile 54 yaş arası bayan SİGORTALI'lar için geçerlidir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı POLİÇE'de çocuk konumunda sigortalanmış bayanlar için geçerli değildir.

Hamilelik ve Doğum Teminatı, SİGORTALI'nın POLİÇE kapsamına dahil olmasından en az "5 ay" sonra başlayacak hamilelikler için geçerlidir. Bu sürenin başlangıcı olarak bebek ultrasonografisi bulguları ve son adet tarihi dikkate alınır. Hamilelik ve Doğum Teminatı için bekleme dönemini tamamlamayan SİGORTALI'nın doğum, hamilelik komplikasyonu ve/veya takibi ile ilgili giderleri, Hamilelik ve Doğum Teminatı kapsamı dışındadır.

YENİLEME'de POLİÇE veya TEMİNAT planı'nın farklı olması durumunda 5 aylık bekleme dönemi yeni poliçenin başlangıç tarihi itibarıyla tekrar başlar.

SİGORTALI'nın doğumun gerçekleşeceği yıl tercih ettiği Bireysel Sağlık Poliçe türü veya TEMİNAT planı ile bir önceki yıl POLİÇE'si veya TEMİNAT planı farklı olamaz. Doğumun gerçekleştiği yıl ile bir

önceki yıl SİGORTALI'nın POLİÇE veya TEMİNAT planı arasında farklılık olursa, SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı'nı bir önceki yıl POLİÇE'sinin yenileme dönemindeki TEMİNAT limitleri ve şartları dahilinde karşılamakta veya SİGORTALI'dan fark PRİM talep ederek doğumun gerçekleşeceği yıldaki POLİÇE veya TEMİNAT planını uygulamakta serbesttir.

2.1.4.2 YENİ DOĞAN TEMİNATI

POLİÇE'sinde "Hamilelik ve Doğum Teminatı" bulunan ve doğumunu Hamilelik ve Doğum Teminatı tanımı ve POLİÇE özel şartları dahilinde gerçekleştiren sigortalıların, doğum veya sezaryen nedeniyle planlanan süre dahilinde hastanede yatışı sırasında, bebeğin doğum sonrası sağlığını kontrol etmek amacıyla yapılan muayene ve rutin tetkik giderlerinin POLİÇE Genel ve Özel Şartları dahilinde olanları Yeni Doğan Teminatı kapsamında karşılanır. Bebeğe bir hastalık saptanması nedeniyle yatışının uzaması ve/veya ek araştırma gerektiren durumlarda, bebeğe ait sağlık giderleri varsa, bebeğin poliçeye dahil edildiği tarih ve sonrası için, bebeğe ait teminatlar çerçevesinde, POLİÇE Genel ve Özel şartları kapsamında değerlendirilir.

2.1.5. YAPAY UZUV

SİGORTALI'nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ile vücuda implante edilen cihazlardan; memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, kalp pili, ICD, koklear implantlar ve vücut içi pompalar gerekliliğinin DOKTOR raporuyla belgelenmesi ve YETKİLİ DOKTOR'un onaylaması koşulu ile, olay tarihinde yürürlükte bulunan POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.6. KAZA SONUCU VEFAT VE SÜREKLİ SAKATLIK

Bu TEMİNAT, POLİÇE kapsamında sigortalanan ve yaşları 18 ve üzeri olan SİGORTALI'nın bir kaza sonucu vefat etmesi veya sürekli sakat kalması halinde ilişik Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve POLİÇE'de belirtilen limitler dahilinde geçerli olacaktır.

2.2. İSTEĞE BAĞLI TEMİNATLAR

2.2.1. AYAKTA TEDAVİ

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, aşağıda detayları verilen; DOKTOR muayenesi, ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, ayakta tedavi teminatları ("*Ayakta Tedavi Teminatları*") kapsamında ve POLİÇE'de belirtilen yıllık limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.2.1.1.DOKTOR MUAYENE

SİGORTALI'nın bir kaza veya RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK nedeniyle tanı ve tedavisi için hastane, klinik, özel muayenehane, acil durumlarda evde, DOKTOR tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.2. İLAÇ VE AŞILAR

DOKTOR tarafından SİGORTALI'nın tedavisi için gerekli görülen ilaçlar ile ilgili giderler POLİÇE özel şartları dahilinde en fazla 5 kalem ve her kalemden en fazla 10 günlük doz olacak şekilde, SİGORTALI'nın Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Ancak tedaviyi üslenen DOKTOR tarafından rapor ile uzun süreli kullanımı gerektiği belirtilen İLAÇ'lar, POLİÇE özel şartları dahilinde, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanması halinde en fazla 60 günlük dozlar halinde REÇETE edilebilir.

SİGORTACI tarafından kabul edilen ilaç'lara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ve ilaç'ların alınma (*fatura/fiş*) tarihi arasında 10 günden fazla fark bulunması durumunda ilgili ilaç gideri tazmin edilmeyecektir.

Çocukluk çağı rutin aşıları; 0-6 yaş için; 4'er doz Polio, Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Haemophilus İnfluenza B, 3 doz Hepatit B, 1'er doz Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Su Çiçeği, BCG (verem), 0-9 yaş için 4 doz Pnömonokok, 0-1 yaş için 2 doz Rotavirüs, 0-3 yaş için 2 doz Hepatit A aşısı olarak belirlenmiştir.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri ise, kullanımının POLİÇE süresi içerisinde olması ve YETKİLİ DOKTOR'un onay vermesi koşuluyla, ilgili TEMİNAT'ın

kapsamında karşılanır.

2.2.1.3. LABORATUAR TETKİKLERİ VE RÖNTGEN

Bir hastalığın tanısı için DOKTOR tarafından gerekli görülen kan, idrar tetkikleri gibi laboratuvar incelemeleri ile, röntgen (*mamografi ve ilaçlı grafiler dahil*), ultrason, EKG, EEG, EMG gibi tanı yöntemleri ile ilgili giderler, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.1.4. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Münhasıran fizik tedavi ve rehabilitasyon gereken durumlarda, ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve rapor incelenerek, tedavi öncesi YETKİLİ DOKTOR tarafından onaylanan fizik tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili giderler Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında Poliçe'de belirtilen ödeme yüzdesi ve limit dahilinde karşılanır.

2.2.2. İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ

Bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG, holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler (*Smear-yayma, punch veya iğne yöntemi ile; tiroid, meme, prostat, testis, lenf bezleri, damarlar, cilt ve diğer tüm doku veya iç organlardan doğrudan ya da endoskopi-radyoloji eşliğinde yapılacak biyopsiler bu teminatın kapsamındadır. Karaciğer biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması halinde eksizyonel biyopsiler, TARİFE'deki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır*), anjiyografi (*sadece kardiyak anjiyografi Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır*) 24 saatten kısa süreli tıbbi tedaviler (*gözlem, müşahede*), amniosentez ile gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (*yapılan biopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil*), ağrı tedavileri (yapılan işlemlerin TARİFE'deki birimi dikkate alınmadan) ile ilgili giderler hastanede yatarak veya yatmadan yapılmasına bakılmaksızın İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi teminatı kapsamında karşılanır. (Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan ağrı tedavileri Küçük Cerrahi teminatı kapsamında karşılanır.)

Yukarıda belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler, ise Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.2.3. GÖZLÜK (CAM/ÇERÇEVE) LENS

SİGORTALI'nın görme kusurunun sürekli kullanacağı numaralı gözlük veya lens ile giderileceğinin göz DOKTOR'u tarafından REÇETE ile belgelendirilmesi durumunda, REÇETE'ye bağlı olarak alınan gözlük cam ve çerçevesi ile lens giderleri POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde gözlük ve lens teminatı ("*Gözlük/Lens Teminatı*") kapsamında karşılanır.

2.2.4. DIŞ TEDAVİ

Diş hekimi tarafından yapılan her türlü tedavi, ameliyat ve protezler (*endodontik, periodontik tedaviler, ile ağız, diş ve çene cerrahisi gibi*) POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde diş tedavi teminatı ("*Diş Tedavi Teminatı*") kapsamında karşılanır.

POLİÇE'de Diş Tedavi Teminatı'nın alınması halinde, Diş Hekimi tarafından düzenlenen REÇETE ile alınan ilaç giderleri, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

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

3. DİĞER HİZMETLER VE TEMİNATLAR

3.1. ACİL YARDIM HİZMETİ

SİGORTALI, hayati tehlike gösteren acil durumunda, yerinde müdahale ve/veya en yakın SAĞLIK KURUMU'na nakli için sigortalı kartı üzerinde belirtilen " Acil Yardım Hattı "nı araması koşulu ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ve bu hizmetin verilebildiği bölgelerde "Acil Yardım Hizmetinden" yararlanır.

SİGORTALI'nın tıbbi donanımı yeterli olan en yakın SAĞLIK KURUMU'na kara yolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda, SİGORTACI'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve YETKİLİ DOKTOR'un onayı ile Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hava ambulans hizmeti SİGORTACI tarafından verilir.

3.2. KONTROL MAMOGRAFİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI bayanların yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde mamografi için geçerli olduğu belirtilen sağlık kurumlarında yaptıracakları kontrol mamografi ücretleri, POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.3. AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

SİGORTALI'nın günlük yaşamlarında karşılaşılabilecekleri tüm sağlık sorunlarına hitap edebilecek düzeyde tıbbi uzmanlık alanlarında yeterli eğitim görmüş ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan yetkili uzman hekimler tarafından verilen hizmetlerdir. Telefon ile sigortalı'nın isteyebileceği sağlık danışmanlığı hizmetleri ücretsizdir. Muayene ve tedaviler için POLİÇE şartları geçerlidir.

3.4. PSA TARAMA HİZMETİ

POLİÇE başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü SİGORTALI erkeklerin yılda bir kez ve sadece Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'ndeki "PSA Tarama Merkezlerinde" yaptıracakları PSA (prostat spesifik antijen) tetkiki POLİÇE'de belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

3.5. TIBBİ MALZEME

SİGORTALI'NIN sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya HASTALIK 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, oturma simidi, işitme cihazından ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında POLİÇE'de belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

4. ÖN BİLGİ FORMU'NUN DEĞERLENDİRİLMESİ

SİGORTACI, POLİÇE kapsamına dahil olacak kişileri, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın ÖN BİLGİ FORMU'nda beyan ettiği bilgileri, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları inceleyerek POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5. TEMİNAT'IN SÜREKLİLİĞİ

5.1. POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ

A) Otomatik Yenileme Güvencesi veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvence verilmeden önceki sigortalılık döneminde ortaya çıkan ve SİGORTALI tarafından bilinen ancak SİGORTACI'nın bilgisi dahilinde olmayan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK durumlarında, SİGORTACI durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme güvencesi taahhüdüne son verme, ya da bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK ile ilgili TEMİNAT'ı durdurup yenileme güvencesi taahhüdünü, İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir.

B) Şirketimiz Bireysel veya Grup Sağlık poliçeleri dışında herhangi bir paket poliçe kapsamında verilen sağlık teminatı ve/veya ek sağlık poliçesi, Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçelerinde sağlanan sigortalılık haklarıyla ilişkilendirilemez. Bireysel ve/veya Grup sağlık poliçesinin başlangıcı, devamı ve/veya tamamlayıcısı olarak değerlendirilemez.

C) Mevcut Bireysel Sağlık Sigorta POLİÇE'sinin satışının durdurulması halinde, bu POLİÇE'de devam etmekte olan Sigortalıların POLİÇE'leri bitiş tarihlerine dek devam ettirilecek ve YENİLEME döneminde, sigortalı'ya, en az biten POLİÇE standartları'na haiz bir POLİÇE ve PLAN önerilecek ve POLİÇE PRİM'i önerilen POLİÇE ve PLAN'ının güncel tarifesi üzerinden hesaplanacaktır.

5.1.1. OTOMATİK YENİLEME GÜVENCESİ

Sigortalının, 4. Maddede belirtilen Ön Bilgi Formu Değerlendirme aşamasında ilk poliçe dönemi olarak Allianz Bireysel poliçeye kabulü sonrasında aralıksız devam eden ilk üç tam bireysel poliçe yılı için mevcut ürün ve plan dahilinde otomatik olarak yenileneceği taahhütüdür ("Otomatik Yenileme Güvencesi").

a) Ön Bilgi Formu'nda beyan edilen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için yapılan uygulamalar, aşağıdaki hallerde, Otomatik Yenileme Güvencesi süresi sonuna kadar tekrar değerlendirilmez:

i. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları TEMİNAT kapsamı dışında bırakma kararı verirse,

ii. SİGORTACI, RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak TEMİNAT kapsamına alma kararı verirse,

iii. SİGORTACI'nın kararı ile HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak TEMİNAT kapsamına alınan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ların, SİGORTALI tarafından TEMİNAT kapsamı dışında bırakılması istenir ve bu SİGORTACI tarafından kabul edilirse.

b) Otomatik Yenileme Güvencesi verildikten sonra, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi koşuluyla, SİGORTALI'nın ardı ardına üç POLİÇE yılı süresince ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları yine bu üç sene boyunca TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanmayacaktır. POLİÇE başlangıcından önce mevcut ve beyan edilmemiş RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'lar için bu uygulama geçerli değildir.

SİGORTACI, POLİÇE başlangıç tarihinden sonra POLİÇE'ye dahil olan EŞ ve/veya ÇOCUKLAR'ın katıldıkları POLİÇE'nin bitiş tarihini dikkate almaz ve POLİÇE'nin Yenileme tarihinden başlamak üzere yeni POLİÇE süresinin bitim tarihini baz alarak "Teminatın Sürekliliği" Maddesi uyarınca Otomatik Yenileme Güvencesi için değerlendirme yapar.

Otomatik Yenileme Güvencesi alınmış olan Poliçe'yi takip eden üç yıl için, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Otomatik Yenileme Güvencesi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletilmek üzere, ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödelemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.1.2. ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

SİGORTACI'nın, Otomatik Yenileme Güvencesi bitiminde yapacağı değerlendirme sonucunda, POLİÇE'nin SİGORTACI tarafından mevcut ürün ve plan dahilinde ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür ("Ömür Boyu Yenileme Garantisi").

SİGORTACI, POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi ve SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, Otomatik Yenileme Güvence süresi sonunda, Ömür Boyu Yenileme Garantisi vermeye, SİGORTALI'nın geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri esas alarak karar verir. Bu değerlendirmede SİGORTALI'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir veya SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutarak ek tetkikler yaptırabilir. SİGORTACI tüm bu bilgiler dikkate alınarak yapılan tıbbi değerlendirme sonucunda SİGORTALI'nın mevcut veya RİSK taşıyan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'larını hastalık sürprimi ile TEMİNAT kapsamına alarak bu güvenceyi verebilir veya ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ'ni vermeyip her yenileme döneminde tekrar değerlendirme yapabilir. Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. Tüm değerlendirmeler sonucunda iki yıl üst üste ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ alamayan SİGORTALI'lar bir daha ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ almak üzere değerlendirmeye alınmaz ve sigortalı her yenileme döneminin sonunda yapılan değerlendirmeye ilişkin olarak bilgilendirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilirken uygulanan HASTALIK SÜRPRİMİ ve/veya İSTİSNA'lar daha sonraki poliçe yenileme dönemlerinde tekrar değerlendirilmez.

SİGORTACI tarafından, üçüncü yıl sonunda yenilenmiş POLİÇE'lerde sağlık durumunun değerlendirildiği tarih ile yeni POLİÇE'nin başlangıç tarihi arasında gerçekleşen RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ın SİGORTACI tarafından öğrenilmesi durumunda, SİGORTACI, YENİLEME koşullarını tekrar değerlendirerek HASTALIK SÜRPRİMİ uygulama hakkına sahiptir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen SİGORTALI'nın bu güvenceyi kazandıktan sonra ortaya çıkan RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları da SİGORTALI'nın, sigorta tazminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm RAHATSIZLIK/HASTALIK'larını SİGORTACI'ya zamanında ve derhal ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile, TEMİNAT kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları için hastalık sürprimi uygulanmayacaktır.

SİGORTACI, işbu "Özel Şartlar - Teminat Dışı Kalan Haller" başlığı altında açıklanan şekilde düzenlemeler yapabilir. Bu durumda yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak, Ömür Boyu Yenileme Garantisi alınmış olan Poliçe'nin yenileme döneminde, Sigortalı'nın yürürlükte olan ürün ve plan ve teminat limit-ödeme yüzdesi, sigortalı katılım payı Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından talep edilmedikçe Sigortacı tarafından değiştirilmeyecek ve daha düşük bir ürün veya plan veya teminat limit-ödeme yüzdesi veya daha yüksek sigortalı katılım payı uygulaması yapılmayacaktır.

Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene/sigortalıya ve üründe yenileme garantisi uygulaması varsa yenileme garantisine ilişkin sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken Şirket kayıtlarında yer alan güncel İLETİŞİM BİLGİLERİ'ni esas alır. Ancak bu İletişim Bilgileri'nden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, sigortalı/sigorta ettiren tarafından sigortacıya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmiş sayılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne haiz Sigortalı/ lar'a ait YENİLEME POLİÇE/ LER'i, en geç vade tarihinde, Sigortalı/Sigorta Ettiren'e iletmek üzere ilgili satış kanalına iletilecek ve Sigorta Ettiren tarafından vade tarihinden önce aksi yazılı olarak bildirilmediği takdirde, önceki poliçe dönemlerinde prim ödelemelerinde kullanılan Kredi Kartı yenileme poliçesi için de geçerli olacaktır.

5.2. PRİM BORCU VE SÜREKLİLİK

Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ni kazanmış SİGORTALI'nın PRİM borcunu ödememesi nedeniyle POLİÇE'nin iptal olması, herhangi bir nedenle sigortalılığının kesintiye uğraması durumunda, SİGORTACI'nın Otomatik Yenileme ve/veya Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü son bulur.

5.3. ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Bireysel Poliçe yenileme dönemlerinde teminatlarını değiştirme, Allianz Grup Sağlık poliçesine ilave veya sonlanan Grup Sağlık Poliçe devamı olarak Bireysel Sağlık poliçe talep etme, Diğer Sigorta Şirketlerindeki Sağlık Sigorta poliçelerinden Allianz Bireysel Sağlık Poliçelerine geçiş prensipleri aşağıda açıklandığı şekilde uygulanmaktadır.

SİGORTALI'ların Allianz'dan ikinci bir Bireysel Poliçe talebi kabul edilmez, Allianz Grup Sağlık Poliçesi devam ederken Grup Sağlık Poliçesine ek olarak alınan Bireysel Poliçeler Grup Sağlık Poliçesi'nde kazanılan haklarla ilişkilendirilemez.

5.3.1 ÜRÜN/PLAN DEĞİŞTİRME ve GEÇİŞ İŞLEMLERİ

SİGORTALI'ların Ürün/Plan değişiklik talepleri Poliçe bitiş Tarihi Öncesi ve Sonrasındaki 15'er günlük dönemlerde değerlendirilmektedir. POLİÇE yenileme dönemlerinde SİGORTACI'nın diğer bir Bireysel Sağlık ürününün TEMİNATLAR'ı kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. YENİLEME dönemlerinde, Ömür Boyu Yenileme Garantisi Hakkına sahip SİGORTALI'nın mevcut poliçesinden daha kapsamlı POLİÇE veya plan değişikliği talep etmesi durumunda, SİGORTACI yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. SİGORTACI, POLİÇE veya teminat planı değişikliği talebinde bulunan SİGORTALI'nın son durumunu belirtir sağlık beyanını isteyebilir, SİGORTALI'yı DOKTOR muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir ve/veya bazı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR'ını teminat kapsamı dışında bırakabilir veya HASTALIK

SÜRPRİMİ ile teminat kapsamına alabilir. SİGORTALI'nın mevcut poliçesine göre aynı ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda geçerli ve daha dar kapsamlı bir Ürün/Plan'a geçiş talebi olması durumunda SİGORTACI yeniden tıbbi risk değerlendirmesi yapmadan talebi kabul eder. Bu durumda SİGORTALI'nın varsa İSTİSNA veya HASTALIK SÜRPRİMİ devam ettirilir.

Bahse konu işlemlere ilişkin masraflar, sigortalının geçmiş sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesi durumunda Sigortacı tarafından, vermemesi durumunda Sigortalı tarafından karşılanır. SİGORTALI'ların 65 yaş ve sonrası Ürün/Plan değişiklik talepleri kabul edilmez.

5.3.2. DİĞER SİGORTA ŞİRKETİNDEN GEÇİŞLER

SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta şirketinde, kesintisiz olarak en az bir tam yıl sağlık sigortasının bulunması ve poliçe bitiş tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORMU'nu doldurarak Allianz'a başvurması esastır.

SİGORTACI SİGORTALI adayları'nın diğer sigorta Şirketlerinde kazanılmış haklarının devamına, ÖN BİLGİ FORMU'ndaki beyanları ve diğer sigorta şirketleri, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM) ve diğer ilgili mercilerden edinilen bilgileri inceleyerek karar verir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adayları'nı POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.3.3. ALLIANZ GRUP SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNDEN BİREYSEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİNE GEÇİŞLER

Allianz Grup Sağlık sigortası olan sigortalıların, aksine bir sözleşme yok ise, grup sağlık poliçesinden çıkış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde ÖN BİLGİ FORM'u doldurulması koşuluyla Allianz Bireysel Sağlık Sigortası ürünlerine geçiş talepleri, ilgili grup sağlık sigortası poliçesinin protokolleri çerçevesinde değerlendirilir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmış olan sigortalılar, dahil oldukları grup sağlık sigortası planıyla aynı, yoksa en yakın Bireysel planda sigortalanır. Sigortalının aynıveya en yakın Bireysel plan dışında daha farklı bir Sağlık ürününe geçiş talebi söz konusu olması durumunda, geçiş talep edilen ürünün yenileme, yenileme garantisi hakları dikkate alınarak Sigortalı'nın hangi koşullarda sigortalanacağına karar verilir.

Grup poliçeden bireysel poliçeye geçişte SİGORTALI'ların kesintisiz olarak en az bir tam yıl Sağlık Sigortasının bulunması gerekmektedir.

Grup Sağlık Sigortası Sözleşme/Protokol koşullarına göre Ömür Boyu Yenileme Garantisi ile Bireysel Sağlık Poliçesine geçiş hakkı kazanmamış olan sigortalıların geçiş koşullarına ÖN BİLGİ FORMU'ndaki sigortalı beyanları ve tüm kayıtlar incelenerek karar verilir. SİGORTACI, değerlendirme sonucunda SİGORTALI adaylarını POLİÇE kapsamına alıp almama veya İSTİSNA/HASTALIK SÜRPRİMİ uygulayarak POLİÇE kapsamına alma hakkına sahiptir.

5.4. SİGORTALININ BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

SİGORTACI, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu'nda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI Ön Bilgi Formu'nda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkanlara ilave olarak, SİGORTA ETTİREN ve/veya SİGORTALI'nın Ön Bilgi Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'ının olması veya POLİÇE teminatlarının SİGORTALI tarafından yarar sağlama amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde POLİÇE, SİGORTACI tarafından feshedilebilir, bu RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIKLAR teminat kapsamı dışında bırakılarak veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanarak POLİÇE devam ettirilebilir. SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, "OTOMATİK YENİLEME ve ÖMÜR BOYU

YENİLEME GARANTİSİ" kapsamında değerlendirilmez.

SİGORTACI'nın bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı RAHATSIZLIK ve/veya HASTALIK'ları, her ne şartla olursa olsun bir daha kapsama dahil etmez. SİGORTACI'nın MEVCUT RAHATSIZLIK / HASTALIKLAR'a ait giderleri, SİGORTALI/SİGORTALILAR lehine işlem kolaylığı sağlayan PROVİZYON/E-PROVİZYON aşamasında kabul etmiş olması, SİGORTALI/SİGORTALILAR tarafından, TEMİNAT ve TAZMİNAT olarak kazanılmış bir hak gibi değerlendirilmez. SİGORTACI'nın Poliçe genel ve özel şartlardaki haklarını kullanabilmesi bakımından tahakkuk tarihi ihbar tarihi olarak esas alınacaktır.

6. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortacının, yenileme dönemleri itibarıyla PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER maddesi altında yeralan İNDİRİM ve/veya SÜRPRİM oranlarında makul ölçülerde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

6.1 HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ

HASARSIZLIK İNDİRİMİ / TAZMİNAT SÜRPRİMİ, Allianz Sigorta A.Ş. Bireysel Sağlık POLİÇE YENİLEME'lerinde uygulanır. Allianz'da ilk sağlık poliçe başlangıç tarihi 01.04.2014 ve sonrasına ait olan sigortalıların kesintisiz olarak devam eden ve ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ bulunan yenileme poliçelerine TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz.

Uygulanan HASARSIZLIK İNDİRİMİ ve TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları;

- Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için;
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30 şeklindedir.
- Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için
HASARSIZLIK İNDİRİMİ : %15, %30, %45; TAZMİNAT SÜRPRİMİ : %15, %30, %50 şeklindedir.

SİGORTACI'nın Poliçe Özel Şartları POLİÇE YENİLEME DEĞERLENDİRMESİ başlığı altında belirtilen hakları saklı kalmak kaydı ile;

Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi'ne, "Kendisi" veya "Eşi" konumunda, ilk kez girişi yapılacak olan 18-54 yaş arasındaki bir bayan SİGORTALI'nın, Ana Teminat ile birlikte Hamilelik ve Doğum Teminatı tercih etmiş olması halinde (sadece "Yatarak Tedavi" ve "Hamilelik ve Doğum Teminatı" içeren 1.plan poliçelerde), poliçenin ilk YENİLEME döneminde yeni yıl SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ uygulanmaz. Yenileme dönemlerinde POLİÇE'nin kesintisiz devam etmesi halinde PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER başlığı altında yer alan maddeler ikinci YENİLEME POLİÇESİ'nde (ardışık üçüncü POLİÇE) uygulanmaya başlanır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ üzerindeki SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı ile SİGORTALI'nın o yıl içinde gerçekleşen TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranına göre, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI SAĞLIK TARİFE PRİMİ'ne uygulanacak olan HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Ayrıca, transfer olarak değerlendirilen Sigortalı/ lar'ın;

1. Allianz Sigorta A.Ş.'de Grup Sağlık veya T.C'de faaliyet gösteren Diğer bir Sigorta Şirketi'nde Grup/Bireysel Sağlık Sigortası'na sahip olması (acil durum, tehlikeli hastalıklar, herhangi bir Poliçe'ye ek Sağlık Teminatı verilmesi ve benzeri uygulamalar hariçtir),

2. Yukarıdaki madde de belirtilen şekilde en az bir tam yıllık Sigortalı'lık sürecini tamamlayarak Poliçe'si devam etmekte iken veya Poliçe'sinin iptal olduğu tarihten itibaren en geç 30 gün içinde Özel Sağlık Sigorta Poliçe'sine (Doğum Teminatı içeren planlar hariçtir) geçiş/giriş yapmak üzere başvuru yapması,

3. Allianz Sigorta A.Ş. Özel Sağlık Sigorta Poliçe'si başvuru öncesinde, kesintisiz devam eden diğer Poliçe'deki son 3 yıla ait Sigortalı Tazminat/Prim oranlarının tarihsel olarak geriye doğru incelenmesi kaydıyla (incelemeye konu edilen Poliçe silsilesindeki tam yıllar dikkate alınacak, bir tam yıldan eksik süreler değerlendirmeye girmeyecektir),

ilk yıl ve takip eden yenileme Poliçele'rinde de aşağıda belirtilen Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi oranları, Allianz Sigorta A.Ş onayı ile geçerli olacaktır.

Yürürlükte olan Bireysel Sağlık Poliçesi'nde SİGORTALI'nın HASARSIZLIK İNDİRİMİ veya TAZMİNAT SÜRPRİMİ Oranı	Yürürlükte olan Bireysel Sağlık POLİÇESİ'nde gerçekleşen SİGORTALI TAZMİNAT / SİGORTALI NET SAĞLIK PRİMİ oranı;		
	%50'den küçükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%50 (dahil) ile %100 (dahil) arasında ise, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya	%100'den büyükse, YENİLEME POLİÇESİ'nde SİGORTALI'ya
%45 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır
%30 Hasarsızlık İndirimi ise,	%45 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok
%15 Hasarsızlık İndirimi ise	%30 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok ise,	%15 Hasarsızlık İndirimi uygulanır	Hasarsızlık İndirimi/ Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır
%15 Tazminat Sürprimi ise,	Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Sürprimi yok	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır
%30 Tazminat Sürprimi ise,	%15 Tazminat Sürprimi uygulanır	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(**)
%50 Tazminat Sürprimi ise, (*)	%30 Tazminat Sürprimi uygulanır	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)	%50 Tazminat Sürprimi uygulanır(*)

(*) Sadece Poliçe başlangıç tarihi 01.01.2012 ve sonrasına ait YENİ İŞ Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için

(**) Poliçe başlangıç tarihi 31.12.2011 ve öncesine ait Bireysel Sağlık POLİÇE/LER'inin kesintisiz devam eden YENİLEMELER'i için bu oran %30 dur.

6.2. AİLE İNDİRİMİ

Aynı POLİÇE kapsamında sigortalanan anne, baba ve çocukları için, sigortalı sayısı iki kişi ise %5, üç veya daha fazla ise %10 indirim uygulanır.

6.3. ESNEK TAKSİT İNDİRİMİ

Standart olarak sekiz taksitli ödeme planına göre düzenlenen POLİÇE'nin yedi veya daha az taksit ile düzenlenmesinin istenmesi durumunda, SİGORTACI'nın ilgili dönemde yürürlükte olan iskonto oranları uygulanır.

6.4. DİĞER İNDİRİMLER

SİGORTACI, yukarıda ifade edilen indirimler dışında belirli kurallar çerçevesinde bir takım indirimler uygulama hakkını saklı tutar.

6.5. YAŞ SÜRPRİMİ UYGULAMASI

Başvurusu SİGORTACI tarafından kabul edilmiş ve ilk poliçe döneminde 18 ile 64 (dahil) yaş arasında olan SİGORTALILAR'ın aralıksız devam eden yenileme poliçelerinde 64 yaş sonrası için ilgili poliçe dönemine ait 64 yaş TARİFE PRİMİ içinde yer alan Ferdi Kaza Prim miktarlarına, Şirket'in yine ilgili dönemde uygulamada olan ve sigortalının yenileme poliçe başlangıç tarihindeki yaşına denk gelen yaş sürprim oranları eklenecektir. Ferdi Kaza Yaş Sürprim oranları aşağıda gösterilmektedir.

Yaş	Ferdi Kaza
65	10%
66	15%
67	20%
68	25%

Yaş	Ferdi Kaza
69	30%
70	35%
71	40%
72	45%

Yaş	Ferdi Kaza
73	50%
74	55%
75	60%
>= 76	FK verilmez

6.6. FARK PRİM ZEYİLİ

Aşağıdaki TAZMİNAT ödemelerinden herhangi birisinin SİGORTALI TAZMİNAT/NET SAĞLIK PRİM oranını değiştirerek, otomatik YENİLEME şeklinde önceden düzenlenen POLİÇE PRİM'ini arttırması durumunda SİGORTACI oluşacak fark PRİM'i, SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI' dan ZEYİLNAME ile ayrıca talep eder.

- İhbar edilmiş veya provizyon verilmiş ancak henüz ödenmemiş TAZMİNAT'lar,
- Yenileme tarihine kadar ödenecek TAZMİNAT'lar,
- POLİÇE bitiş tarihi sonrası, ilgili poliçe dönemine ait tazminat taleplerinden geriye dönük ödenen TAZMİNAT'lar.

6.7. TARİFE DEĞİŞİKLİK LİMİTİ UYGULAMASI

Sigortacı, yenilenen poliçelerin yapılan tarife değişikliklerinden aşırı derecede etkilenmesini önlemek amacıyla sigortalının bir önceki yıl tarife primi ile yenileme dönemindeki tarife primi arasındaki farkın belirli bir band dahilinde kalmasını teminen tarife primi artış / azalış oranlarına üst ve alt sınır getirebilir.

6.8. SİGORTALI/SİGORTA ETTİREN'İN TALEBİ SONUCUNDA POLİÇENİN İPTALİ

SİGORTALI veya SİGORTA ETTİREN'in POLİÇE başlangıç tarihinden sonra dilekçe ile iptal talebinde bulunması durumunda; dilekçenin Allianz'a ulaştığı tarihe kadar geçen sürenin PRİMİ gün esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

7. POLİÇE'YE YENİ SİGORTALI GİRİŞİ

7.1. EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR

SİGORTALI'nın evlenmesi halinde EŞ'i veya SİGORTALI ailenin yeni doğan bebekleri, evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde yürürlükte bulunan POLİÇE kapsamına, yeni bir Ön Bilgi Formu'nun doldurulması ve başvurunun SİGORTACI tarafından kabul edilmesi koşuluyla alınabilirler.

EŞ, BEBEK/ÇOCUKLAR'ın POLİÇE başlangıç tarihinden sonraki girişlerinde POLİÇE PRİMLERİ POLİÇE'nin kalan süresi için gün esasına göre hesap edilir.

Evlilik veya doğum tarihi itibarıyla en geç iki ay içerisinde POLİÇE kapsamına dahil edilmeyen EŞ, 25 yaş (dahil) ve altındaki bekar ÇOCUKLAR ise takip eden POLİÇE YENİLEME dönemlerinde POLİÇE kapsamına alınabilecektir.

SİGORTALI girişlerinde yürürlükte olan POLİÇE'nin Özel Şart ve PRİM'leri geçerli olacaktır. POLİÇE'ye girişi yapılan EŞ/ BEBEK/ÇOCUKLAR için yukarıda belirtilen şartlar dahilinde ayrıca PRİM tahakkuk ettirilecektir. EŞ/BEBEK/ÇOCUK girişlerinde ZEYİL POLİÇE PRİM'i ana POLİÇE'nin kalan vade sayına bölünür, ödemeler tamamlanmış ise, peşin olarak tahsil edilir.

7.2. BİZİM BEBEK

SİGORTACI, Hamilelik ve Doğum Teminatı dahilinde, en geç doğum tarihi itibarıyla iki ay içinde anne ve/ veya baba'nın Bireysel Sağlık POLİÇE'si kapsamına dahil edilmiş bebeklere ("Bizim Bebek"), sigorta başlangıç tarihi itibarıyla aşağıdaki şartlara bağlı olarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi verir.

A) Annenin ÖZEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ olması kaydıyla, anne ve babanın Hamilelik ve Doğum Teminatı'nda belirtilen bekleme süresi dahil, Allianz'da Sağlık Sigortalısı olarak yer almaları durumunda devam edecektir.

B) Ön Bilgi Formu beyanına istinaden, SİGORTACI tarafından yapılan RİSK değerlendirmesi sonucunda sigortalanmasına karar verilen bebeklerin MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'ları için İSTİSNA ve/veya HASTALIK SÜRPRİMİ uygulanabilir veya bu güvenceyi vermek için takip eden POLİÇE YENİLEME döneminde değerlendirme yapılabilir.

8. TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

SİGORTALI'nın POLİÇE ve/veya teminat'ı için geçerli olduğu belirtilmiş ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda, SİGORTACI'dan önceden onay alınarak gerçekleştirilen SAĞLIK GİDERİ'nin, POLİÇE'de belirtilen TEMİNAT limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak SİGORTACI tarafından SİGORTALI adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na yapılan ödemeler DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

SİGORTALI başvuruda bulunduğu ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'na sigortalı olduğunu belirtmek ve POLİÇE'de belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil Tedaviler dışındaki Ameliyat ve Tıbbi Tedaviler 48 saat önceden ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU aracılığı ile SİGORTACI'ya bildirilmediği takdirde DOĞRUDAN ÖDEME işlemi geçersizdir.

SAĞLIK GİDERİ'nin önce SİGORTALI tarafından SAĞLIK KURUMU'na ve/veya DOKTOR'a ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakların "Allianz" Tedavi Masrafları Talep Formu" ("*TMT Formu*") ekinde SİGORTACI'ya başvurularak talep edilmesi durumunda, SONRADAN ÖDEME kapsamında değerlendirilir.

Bu talep, POLİÇE şartları çerçevesinde SİGORTACI tarafından tazmin edilir.

8.1. SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Hastanede Yatarak ya da Evde Bakım Teminatları kapsamındaki tedaviler sırasında POLİÇE'nin Allianz veya başka bir sigorta şirketi tarafından yenilenmesi durumunda, sağlık gideri'ne konu tıbbi işlemlerin yenilenme günü saat 12:00'ye kadar olan bölümü eski POLİÇE TEMİNATLAR'ından, bu saat ve sonrasında yapılacak işlemlere ait SAĞLIK GİDERLERİ ise yeni POLİÇE TEMİNATLAR'ından karşılanacaktır. Ancak yenilenmeyen veya ilgili HASTALIK için İSTİSNA uygulanan POLİÇE'de, bu tedavi ile ilgili TEMİNAT'ın süresi POLİÇE bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçemez.

8.2. SAĞLIK GİDERLERİ'NİN BELGELENDİRİLMESİ

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

A) SİGORTALILAR, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUM'larında "DOĞRUDAN ÖDEME" kapsamında karşılananların dışında, TEMİNATLAR kapsamında yaptıkları SAĞLIK GİDERİ'ne ait faturaların asıllarını "Allianz Tedavi Masrafları Talep Formu"na ("*TMT Formu*") kaydederek, ekinde göndermelidir. DOKTOR muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında DOKTOR kaşesi bulunmalı ve DOKTOR'un uzmanlık alanı belirtilmelidir.

B) Tanı ve/veya tedavi sonucu klinik vb. SAĞLIK KURUMU'ndan kasa fişi yerine SİGORTALI adına

düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

C) Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde gönderilen tanı ve/veya tedavi masrafları, fatura asıllarına, aşağıda belirtilen rapor ve belgeler de eklenmelidir.

- Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatsız veya ameliyatsız tedavi ve müdahalelerde, epikriz/anamnez raporu/ameliyat raporu, patoloji raporu
- DOKTOR muayenelerinde, anamnez raporu (*gerekli görülen durumlarda*),
- Fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, DOKTOR tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor,
- Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde, DOKTOR istemi (*sevk belgesi*) ve tetkik sonuçları,
- Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,
- İlaç tedavilerinde, reçete'lerin asılları ve reçete'deki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları,
- Gözlük veya lens giderlerinde (*Gözlük/Lens Teminatı olan POLİÇE'lerde*), gözlük veya lens REÇETE'si,
- Diş tedavilerinde (*Diş Tedavi Teminatı olan POLİÇE'lerde*), yapılan tedaviyi belirtir diş hekimi raporu ve gerektiğinde diş ve/veya ağız röntgeni.

D) SİGORTALI, her türlü adli olayda (*trafik kazaları dahil*) adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (*olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık takipsizlik kararı, vb.*) TAZMİNAT talebi (*DOĞRUDAN ÖDEME aşaması dahil*) ile birlikte sunmalıdır.

E) SİGORTACI gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, SİGORTALI'yı tedavi eden DOKTOR, SAĞLIK KURUMU veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, YETKİLİ DOKTOR'a SİGORTALI'sını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

F) 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.

9. SİGORTA ETTİREN VEYA SİGORTALI'NIN SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

SİGORTA ETTİREN'in vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. SİGORTA ETTİREN'in, SİGORTALI olarak poliçede yer almadığı durumlarda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile SİGORTA ETTİREN değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise SİGORTACI'nın hak kazandığı prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası SİGORTA ETTİREN'in kanuni varislerine iade edilir. İlgili POLİÇE döneminde SİGORTALI'ya veya adına herhangi bir tazminat ödenmiş olması halinde ise PRİM iadesi yapılmaz.

SİGORTALI'nın bir HASTALIK veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda tedavi süresi içerisinde oluşan sağlık giderleri, POLİÇE'nin TEMİNAT kapsamı ve şartları dahilinde TAZMİNAT talebi için gereken belgelerin tamamlanması şartıyla kanuni varislerine ödenir.

SİGORTACI, TAZMİNAT'ın ödendiği tarihten itibaren bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş ve böylelikle PRİM'e hak kazanmış olur. TAZMİNAT ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre PRİM iadesi SİGORTA ETTİREN'e yapılır. Vefat eden SİGORTALI'nın aynı zamanda SİGORTA ETTİREN olması halinde, PRİM iadesi yine kanuni varislerine yapılır.

10. SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI VE YURTDIŞINDA TEDAVİ

A) Bu sigorta, TEMİNATLAR'ı ve TEMİNAT limitleri dahilinde, dünyanın her yerinde geçerlidir.

B) Yurt dışında yapılan tedavilerde SİGORTALI, tedavi tarihinde yurt dışında tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla, POLİÇE TEMİNATLAR'ından yararlanabilir.

C) Yurt dışında SİGORTALI tarafından ödenen SAĞLIK GİDERİ, tedavinin başlangıç tarihindeki TC. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak SİGORTALI'ya ödenir. ABD, Kanada ve İsrail'de yapılan SAĞLIK GİDERİ'nde, ödeme yüzdesi %100 olan TEMİNATLAR için SAĞLIK GİDERİ'nin %25'i SİGORTALI tarafından karşılanır ve her koşulda SİGORTACI'nın azami sorumluluğu POLİÇE'de gösterilen limitin % 75'ini geçemez. Ödeme yüzdesi % 80 olan TEMİNATLAR için ise, SİGORTACI'nın sorumluluğu limitin % 60'ı ile sınırlıdır.

11. SAĞLIK GİDERLERİNİN TAZMİN EDİLMESİ

A) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi, Doğum,

Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları'na ait Sağlık Giderleri;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda gerçekleşen Sağlık Giderleri; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %100 limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda gerçekleşen Sağlık Giderleri'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (*SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR*); POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %100 limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ için Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

Ön onay aşamasında kullanılan SİGORTACI'ya ait form üzerinde DOKTOR tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra DOKTOR tarafından düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, SİGORTACI, bu iki tutardan daha düşük olanını TAZMİNAT hesabında dikkate alacaktır.

iii. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait Sağlık Giderleri; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %100 limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları için POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurt dışında gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi, Doğum ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatları'na ait Sağlık Giderleri; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %100 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Yurtdışı danışma hattının ("*Yurtdışı Danışma*") kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, bu teminatlara ait SAĞLIK GİDERLERİ POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %100 limit ödeme oranı ile Doğrudan Ödeme kapsamında karşılanır. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları ise yurt dışında %80 ödeme oranı ile sadece SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Ancak, A.B.D, Kanada ve İsrail'de gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi, Doğum ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Teminatlarına ait Sağlık Giderleri %75, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ İçin Tetkik ve Tıbbi Malzeme Teminatları ise %60 ödeme oranı kapsamında karşılanır.

B) POLİÇE şartları dahilinde gerçekleşen Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi, Diş Tedavi ve Gözlük-Lens ile ilgili Sağlık Giderleri;

i. SİGORTACI tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen Sağlık Giderleri; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

ii. Sigortacı tarafından önceden onaylanan ve ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMLARI'nda gerçekleşen Sağlık Giderleri'nin, ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (*SİGORTALI'nın özel DOKTOR'u ve/veya ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU'nda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen DOKTOR*); POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iii. ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait Sağlık Giderleri; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

iv. SİGORTALI'nın kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurt dışında gerçekleşen Sağlık Giderleri POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır. Ancak, Madde 9'de belirtilen ülkelerde gerçekleşen Sağlık Giderleri, yıllık limitten düşülerek ve %60 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

v. Diş Tedavi ve Gözlük-Lens ile ilgili SAĞLIK GİDERİ; POLİÇE'de belirtilen yıllık limitten düşülerek ve %80 limit ödeme oranı ile SONRADAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

vi. Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesinde yer alan eczanelerde, ilaç ve Aşı Teminat tanımında belirtilen koşullar dahilindeki SAĞLIK GİDERİ POLİÇE'de belirtilen limit ve %80 limit ödeme oranı ile DOĞRUDAN ÖDEME kapsamında karşılanır.

C) Şirketimiz veya diğer sigorta şirketleri tarafından tazminata konu olan SAĞLIK GİDERİ'nin Sigortalı Katılım Payı ve/veya MUAFİYET tutarı olarak değerlendirilen bölümü, sigortalının Şirketimizde bulunan Sağlık poliçelerinden karşılanmaz.

12. TEMİNAT LİMİTLERİNDE OTOMATİK ARTIŞ

SAĞLIK GİDERİ'nin POLİÇE'de belirtilen Yatarak Tedavi Teminatları (*Hamilelik ve Doğum Teminatı Hariç*) ile Kemoterapi - Radyoterapi -Dializ Teminatı limitleri ("*Teminat Limitleri*") aşması durumunda bu teminatlar POLİÇE başlangıç tarihindeki ABD Dolarına (*TCMB döviz satış*) ile olay tarihindeki ABD Doları (*TCMB döviz satış*) dikkate alınarak endekslenir ve aşağıdaki sınırlamalarla artar:

A) ABD Doları kurundaki artış, azami %50 ile sınırlıdır. Bu kurdaki artışın %50'yi aşması halinde, POLİÇE'de belirtilen TEMİNAT limiti %50'den fazla arttırılmaz.

B) TEMİNAT Limitleri'nin sigorta süresi içinde kısmen kullanılması halinde, ABD Doları kuruna endekslenmesi, kalan TEMİNAT limiti için geçerli olacaktır. Ancak POLİÇE yılı içerisinde POLİÇE'de belirtilen limitlerin tümünün kullanılması halinde bu TEMİNAT her şekliyle son bulur.

13. RÜCU ve İSTİRDAT HAKKI

13.1. SİGORTACI, Poliçe Özel ve Genel şartlar kapsamında kabul ettiği ve ödediği SAĞLIK GİDERİ'ne üçüncü şahısların neden olması durumunda, sigortalının yerine geçerek ödediği TAZMİNAT tutarı kadarıyla üçüncü şahıslara rücu edebilir.

13.2. SİGORTACI, SİGORTALI/SİGOTALILAR adına ANLAŞMALI SAĞLIK KURULUŞLARI'na veya SİGORTALI/SİGOTALILAR hesabına ödediği ancak poliçe özel ve genel şartlarına göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, TAZMİNAT dahil her türlü ödemeyi, doğrudan SİGORTALI/SİGORTALILAR'dan talep hakkı bulunmaktadır. SİGORTALI/SİGORTALILAR'ın ve/veya tedaviyi düzenleyen SAĞLIK KURUMU veya Doktor'unun eksik ve/veya yanlış olarak gereği gibi veya hiç bilgi aktarmamasından kaynaklanan haksız ödeme de aynı sonuca tabidir. SİGORTACI'nın anılan ödemeye ilişkin e-provizyon ve sari şekilde ön onay vermiş olması, sonradan vakıf olunan bu durum nedeniyle SİGORTACI'nın bu fıkra gereğince haklarını kullanmasına engel teşkil etmez.

14. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

SİGORTACI, uygulamaya yeni alınan, uygulamadan kaldırılan veya değiştirilen tıbbi uygulamaların değişim ve gelişmelerini göz önünde bulundurarak, işbu "Teminat Dışı Kalan Haller"de düzenlemeler yapabilir, "Teminat Dışı Kalan Haller"de yapılacak değişiklikler, poliçede bulunan her bir Sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeple yapılacak SAĞLIK GİDERİ de TEMİNAT kapsamı dışındadır:

A) POLİÇE başlangıç tarihinden önce varolan MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK'lar ile ilgili (tanı ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü SAĞLIK GİDERİ,

B) POLİÇE başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (konjenital) anomali ve HASTALIK'lar, genetik HASTALIK'lar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen HAMİLELİK TAKİBİ hariç), büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi), Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidus, Nazal Septum Deviasyonu, Konka Hastalıkları, Nazal Valv Yetmezliği, Jinekomasti ve obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri karşılanmaz.

"Allianz"ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmış sigortalılar veya "Bizim Bebek" olan sigortalının doğumsal (konjenital) anomali, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel, Keratokonus, Pes Planus, Halluks Valgus, Halluks Rigidusa ait sağlık giderleri, "Allianz"ta poliçe başlangıç tarihinden sonra tanı konması şartıyla, poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

“Allianz”ta kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Garantisi’ne hak kazanmış sigortalıların Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Hastalıklarına ait sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

C) (a) ve (b) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve SİGORTACI'nın aksini bildirmediği tüm durumlarda POLİÇE süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fitik, omurga ve disk hastalıkları, kist dermoid sakral, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, burun polipleri, kafa sinüs hastalıkları, diz, omuz, dirsek, kalça eklem hastalık ve lezyonları(menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar vb.), katarakt, prostat, varis, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid bezi hastalıkları ile ilgili tedavi ve komplikasyonları için TEMİNATLAR POLİÇE başlangıcından 12 ay sonra başlar.

D) DENEYSEL veya ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ'ler.

Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını arttırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yöntemde özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri.

Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT gibi muayene ve tetkikler (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) ile kuduz, tetanoz ve Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ödenecek aşılardan dışındaki her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar,

Reçete'ye veya tedavi protokolüne yazılsa dahi, aşağıda sayılan ilaçlar,

- Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak amacı ile reçetesiz satılmasına izin verilen, vitamin + mineral kombinasyonları, mineraller, vitamin + mineral + diğer beslenmeyi destekleyen doğal maddeleri içeren preparatlar
- İlaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar
- Yurda kaçak sokulan ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,
- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
- Tıbbi meyve tuzları ve tıbbi gazozlar,
- Bitkisel zayıflatıcılar, kepek ve bitki lifleri, suni tatlandırıcılar,
- Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,
- İlaç formunda hazırlanmış, etken madde içermeyen su ve deniz suları,
- Her türlü diş macunu, ağız ve diş bakım preparatları,
- Kontakt lens bakım preparatları,
- Sigara bırakmak amacı ile kullanılan preparatlar, nikotin preparatları.

E) Astım, RHY (Reaktif Hava Yolu), Bronş Hiperaktivitesi ve her türlü allerjik HASTALIK ile ilgili deri testleri ve aşı giderleri.

F) DOKTOR nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,

G) Psikiyatrik, geriatrik HASTALIK'lar, demansiyel sendrom (*bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi*) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,

H) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği sürece şaşılık ve kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil) ve diğer tedavi yöntemleri ile bu tedavilerin, kontrol ve komplikasyonları,

I) Her türlü estetik ve kozmetik tedavi ve ameliyatlarda (*POLİÇE şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası uygulanan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç*) ile kontrol ve komplikasyonları, anti-aging (*yaşlanmayı geciktirici*) çalışmalar için yapılan (*ilave PRİM ödenerek alınan check-up TEMİNAT'ı hariç*) homosistein, DHEA ve bunlarla sınırlı olamamak üzere diğer tüm tetkik, tedavi, kontrol, komplikasyon, ilaç ve gereçleri, zayıflama amaçlı tetkik ve tedaviler, egzersiz, masaj, akupunktur gibi giderler ile diyetisyen, özel hemşire ve fizyoterapist gibi sağlık

personeline ödenen ücretler, yüzeysel varis tedavileri (*sklerozan-lazer tedavileri gibi*), mezoterapi, noralterapi, ses ve konuşma terapileri, uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlama tetkik (*polisomnografi, uyku EEG'si*) ve tedavileri ile alternatif tıp yöntemlerine ait giderler,

J) Her türlü nedenle uygulanacak; sünnet (*phimosi vb.*), yardımla üreme teknikleri (*kısırlık tanısı ve tedavisi, tüp bebek, ovülasyon takibi, ve bunlarla sınırlı olmamak üzere diğer tüm infertilite tanısı-tedavi yöntemi ve/veya komplikasyonları*), doğum kontrolü yöntemleri (*küretaj dahil*) ve ilgili ilaç ve gereçleri ile genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (*siğiller, kondiloma akkümüminata vb.*), genital ve anal molluscum contagiosum, peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları ve kadınlarda herhangi bir patoloji olmaksızın fizyolojik sürece bağlı olarak gelişen osteoporoz (*kemik erimesi*) durumlarının her türlü tanısı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

K) HIV pozitifliği ile ilgili olarak yapılan kontrol mahiyetindeki her türlü test, laboratuvar incelemeleri ve gerekli tedaviler ile HIV'ün sebep olacağı AIDS vb. HASTALIK'lara dair yapılan giderler,

L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya her türlü uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve HASTALIK'lar ile bunlardan herhangi birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen SİGORTALI'nın geçirdiği HASTALIK, kaza ve yaralanmalarına ait tanısı, tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri,

M) Her türlü profesyonel ve/veya tehlikeli sporlar (*dağcılık, paraşütçülük, yolcu sıfatından gayri ve tarife dışı uçuşlarda yolculuk, su altı sporları, ralli motokros gibi*) ve bunlara ilişkin spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları yapılması sırasında meydana gelen sakatlık ve yaralanmalara ait SAĞLIK GİDERİ,

N) Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler ile uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, meme ve penil protezler ile ayrı bir teminat olarak verilmedikçe gözlük, lens, bioptrik teleskopik aparat ve bunlarla sınırlı olmamak üzere her türlü ortezler ve ayrıca tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, tv. gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,

O) Aynı HASTALIK nedeniyle yatılan sürenin "365" günü aşması halinde veya Sigortalılığı bir yılı aşan SİGORTALI'lar için aynı HASTALIK nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan Sağlık Giderleri,

P) SAĞLIK KURUMU'nun veya DOKTOR'ların uyguladıkları tanısı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak SAĞLIK GİDERİ,

R) POLİÇE TEMİNAT kapsamı dışında yapılan harcamalar ile SAĞLIK KURUMU vasfını taşımayan yerlerde yapılan giderler,

S) Acil vakalar dışında SİGORTACI'ya en az 48 saat öne bildirilmeden yapılan Yatarak Tedaviler

T) Duruma göre, Sigortalı tarafından veya Sigortalı'ya yapılacak organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında, verici olduğu durumda Sigortalı ve alıcı için; Sigortalı'nın alıcı durumda ise organ ve/veya kan verecek kişi/kişiler için yapılan giderler; organ, kan ve/veya organın transfer giderleri ile bunlarla illiyet bağı taşıyan sonraki rahatsızlıklara dair her türlü tanısı, tedavi veya cerrahi müdahaleler sonucu doğacak sağlık gideri,

U) Tedavilerin yurt dışında ya da yurt içinde yapılması halinde seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya SAĞLIK KURUMU tanımına uymayan yerlerde yapılan konaklama ücretleri,

V) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik muayene, tetkik, tedavi ve komplikasyonlarına ait her türlü giderler. (1. ve 2. Planlar için geçerli.)

Y) Tanısı ve tedavisi için kendisine başvuran SİGORTALI ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan DOKTOR'un ücreti,

Z) Poliçede ayrı bir teminat olarak verilmediği ve/veya doğumda bekleme süresi tamamlanmadığı sürece gebelik, doğum, sezaryan ve/veya bunlarla ilgili her türlü tetkik, tedavi ve komplikasyonlara ait sağlık giderleri.

Ek1

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına ilişkin bilgiler;

Değerli Sigortalımız,

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarımız, Şirketimiz kurumsal internet sitesi olan www.allianz.com.tr adresinde düzenli olarak güncellenmekte ve ilan edilmektedir.

Anlaşmalı Kurumlar'ımıza ait en güncel bilgilere ulaşmak için, dilerseniz Müşteri Temsilcinizi / Acentenizi ve 444 45 46 nolu numaradan Allianz Çözüm Hattı'mızı da arayabilirsiniz.

www.allianz.com.tr adresinde "Anlaşmalı Sağlık Kurumu Arama", "Tıbbi Kadro Arama (doktor, diyetisyen, psikolog, diğer)", "Anlaşmalı Eczane Arama", "Hangi Hizmeti Nereden Alabilirim", "İndirim Uygulayan Merkezler" gibi başlıklar altında ihtiyacınıza uygun arama yapma olanakları sunulmaktadır. Öncelikle tanı/tedavi işlemi için seçmiş olduğunuz Sağlık Kurumu'nun POLİÇE'niz için geçerli olup olmadığını web sitesinden kontrol etmenizi öneririz. Tercih ettiğiniz kurumun detay bilgilerine girdiğinizde hangi ürünlerde geçerli olduğunu, iletişim/adres bilgilerini ve o kuruma özel uygulamalarla ilgili bilgilendirmelere ulaşabilirsiniz.

Allianz Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında göreceğiniz tedaviler için poliçe türüne göre ve kapsamındaki teminat limitleri / ödeme yüzdeleri dahilinde masraflarınızın sizin adınıza doğrudan anlaşmalı kuruma ödenmesi sağlanacaktır.

Lütfen, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndaki yetkililerimize, Sigortalı Tanıtım Kartı'nızı kimlik belgenizle birlikte işlemlerinizi önce göstererek, Allianz sigortalısı olduğunuzu belirtiniz. Sigortalı Tanıtım Kartı'nız yenilenen poliçeleriniz için de geçerli olacaktır.

Kullanmak istediğiniz Sağlık Kurumu, sahip olduğunuz ürün çerçevesinde geçerli olmasa da ilgili kurum yetkilisiyle görüşüp tanıtım kartınızı veya poliçenizi göstererek indirim olanaklarından faydalanabilirsiniz.

Allianz Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan kurumlar, ürün ve hizmetlere ait geçerlilik bilgileri sadece bilgilendirme amaçlı olup faaliyet ve hizmet açıklamaları kurumlar tarafından iletilen bilgilerle sınırlıdır. Hizmet almadan önce mutlaka ilgili kurumdan provizyon almanız gerekmektedir.

Allianz, Kurumsal internet "www.allianz.com.tr" adresinde yer alan tüm listelerde önceden bildirimde bulunmaksızın değişiklik yapabilir, sayfada yer alan bilgiler bilgilendirme amaçlı olduğundan yapılan değişiklik kullanıcıya bir hak bahsetmez, Allianz'ın değişiklik nedeniyle sorumluluğu bulunmamaktadır. Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde 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. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetlerinden ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup; hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.

Ek2

Ekonomik Yaptırımlar

Hiçbir sigortacı veya reasürör, bu anlaşma tahtında bir teminatın verilmesinin veya bir tazminatın ödenmesinin veya herhangi bir menfaatin sağlanmasının o sigortacıyı 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.

Can Sağlığı Sigortası zel Şartlar

[Can Sağlığı Sigortası zel ve Genel Şartları için tıklayın.](#)

WIP Sağlık Sigortası zel Şartlar

[WIP Sağlık Sigortası zel ve Genel Şartları için tıklayın.](#)