

GRUP ÖZEL SAĞLIK SİGORTA POLİÇESİ

POLİÇE NO: 0001 1710 0612 1656

TARAFLAR

1. AKİT'İN İSMİ (SİGORTA ETTİREN) : Türk Eğitim Vakfı / Tev İnanç Türkeş Özel Lisesi

ADRESİ : Büyükdere cad. tev kocabaş işhanı no:111
kat 7/8 80300 Gayrettepe / İSTANBUL

2. SİGORTACI (ŞİRKET) : Allianz Sigorta A.Ş.

ADRESİ : Bağlarbaşı, Kısıklı Cd. No:13
Altunizade 34662 İSTANBUL

SÖZLEŞMENİN KONUSU VE SÜRESİ

Allianz Sigorta A.Ş., ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları ve buna ilave teşkil eden aşağıda belirtilen Özel Şartlar ("özel şartlar") çerçevesinde, yukarıda adı ve adresi yazılı Akit personelinden ilişik zeyil listesinde adı, soyadı doğum tarihi ve poliçe başlangıç tarihi belirtilen sigortalılarının, Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde yer alan kurumlarda gerçekleşen tanı ve tedavilerine ait sağlık gideri'nin ilgili poliçe yılı içerisinde yapılması koşulu ile Poliçe'de belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve limit ödeme yüzdeleri dahilinde karşılar.

İşbu özel şartlarda yapılacak değişiklikler, her bir sigortalı için yeni poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur. Ancak, Özel Şartların ayrılmaz bir parçası olan ve Şirket' in kurumsal web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde sigortacı'nın poliçe dönemi içinde değişiklik yapma hakkı saklıdır.

'Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Kurumlar Listesinde yer alması, bu kişi veya kurumların Allianz tarafından tavsiye edildiği anlamına gelmeyeceği gibi, bu kişi veya kurumların hizmetlerinin kalitesi ve tıbbi anlamda sonuçları hiçbir şekilde Allianz tarafından garanti edilmemektedir. Sigortalılarımız tarafından seçilmiş kişi veya kurumun hizmetleri ve sonuçlarından, doğrudan seçilen kurum veya kişinin kendisi sorumlu olup, hiçbir halde Allianz'ın sorumluluğuna gidilemez.'

POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ : 01.01.2011

POLİÇE BİTİŞ TARİHİ : 01.01.2012

SİGORTA SÜRESİ : 1 YIL

TEMİNATLAR

Sigortacı, poliçe kapsamında yer alan her bir sigortalının sigorta süresi içinde meydana gelen bir kaza veya hastalık neticesi oluşacak tanı ve / veya tedavi giderlerini aşağıda belirtilen teminatlar, teminat limitleri, ödeme yüzdeleri ile Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları dahilinde karşılar.

Poliçedeki limitsiz teminatlar, verilen Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi'nde belirtilen sağlık kuruluşlarında geçerlidir.

TEMİNATIN ADI	ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU		ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU	
	LİMİT	ÖDEME %	BRÜT YILLIK LİMİT	ÖDEME %
YATARAK TEDAVİ	SINIRSIZ	100	30.000,00 TL	80
KEMOTERAPİ/RADYOTERAPİ/DİALİZ	SINIRSIZ	100	(*)	100
KONTROL MAMMOGRAFI (**)	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	
PSA (PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN) (****)	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	
	BRÜT YILLIK LİMİT			ÖDEME %
YAPAY UZUV (Yıllık)		35.000,00 TL		100
YURT DIŞI YATARAK TEDAVİ (Yıllık)		50.000,00 TL		80
KÜÇÜK CERRAHİ (Yıllık)		1.740,00 TL		100
KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ-DİALİZ İÇİN TETKİK (Yıllık)		2.200,00 TL		100
TIBBİ MALZEME (Yıllık)		1.100,00 TL		80
REHABİLİTASYON (Yıllık)		6.050,00 TL		100
AYAKTA TEDAVİ (Yıllık)				
DOKTOR MUAYENE				
İLAÇ ve AŞILAR				
TAHLİL				
RÖNTGEN				
İLERİ TANI YÖNTEMLERİ ve TIBBİ GÖZLEM-TEDAVİ (Herbir Hastalık)			1.740,00 TL	80

(*) : Anlaşma Harici Kurumlarda Kemoterapi/Radyoterapi /Dializ Teminatı ile ilgili masraflar Hastanede

Yatarak Tedavi teminatı için verilen 30.000.-TL yıllık limitten düşülerek kullanılır.

(**): Mammografi için geçerli olduğu belirtilen anlaşmalı sağlık kuruluşlarında geçerlidir.

(***) : Alt teminatlar ana teminat limitinden düşülerek kullanılacaktır.

(****): PSA Poliçe ekinde belirtilen A grubu anlaşmalı sağlık kuruluşlarında geçerlidir.

POLİÇE PRİMİ

Poliçe kapsamında yer alan her bir sigortalı için yıllık prim aşağıda belirtilmektedir.

Erkek personel için	: 1.712,78 TL
Bekar bayan personel için	: 1.712,78 TL
Evli bayan personel için	: 1.712,78 TL
Erkek personelin eşi için	: 1.712,78 TL
Bayan personelin eşi için	: 1.712,78 TL
Personelin çocukları için	
Çocuk = 0– 24 Yaş	: 1.058,88 TL
Çocuk > 24 Yaş	: 1.712,78 TL

POLİÇE PRİMİNİN ÖDENMESİ

PRİM ÖDEME PLANI

VADELER

01.01.2011

ORAN

%100 PEŞİN

Polİçe priminin yukarıda belirtilen orandaki tutarı ilk taksit olarak peşin, kalanı yukarıdaki vadelerde eşit taksitler halinde ödenecektir.

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

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

Polİçede belirtilen son taksit vadesinden sonraki sigortalı girişlerine ait primler peşin olarak tahsil edilir.

Polİçe dönemi içinde bu poliçede verilen teminat limitlerinin değİştirilmesi sonucu oluşan prim peşin olarak tahsil edilir.

Vadesinde ödenmeyen poliçe primleri için sözleşme ile ilgili Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 8 hükümleri geçerlidir.

Vadesinde ödenmeyen prim taksitlerine, ödeme gününden itibaren, sigortacının Sağlık Sigortası genel şartları madde 8 hükümlerinde yazılı her türlü hakları saklı kalmak kaydıyla, hiçbir ihtara gerek kalmaksızın Merkez Bankasınca belirlenen reeskont faizi tatbik edilir.

GRUP SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLAR

Allianz Sigorta A.Ş. ilişik Sağlık Sigortası Genel Şartları ve bu şartlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen aşağıda belirtilen Özel Şartlar çerçevesinde sigortalıların tanı ve/veya tedavi giderlerini, poliçede belirtilen teminatlar, teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılar.

1 TANIMLAR

1.1 DOKTOR

T.C. sınırları içinde tıp san'atını icra etmeye kanunlarla yetkili kılınmış kimsedir. (Yurtdışı teminatlar için doktor ilgili ülkenin sınırları içinde tıp san'atını icra etmeye kanunlarla yetkili kimsedir.)

1.2 HASTALIK

Sigortalının, 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 doktora başvurmasını gerektirecek şekilde ortaya çıkan anormal psikolojik veya fiziksel belirtidir.

1.4 MEVCUT RAHATSIZLIK/HASTALIK

Poliçenin başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan her türlü rahatsızlık veya hastalıktır.

1.5 TIBBİ GEREKLİLİK

Yetkili 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 tıbbi gereklilik anlamı taşımaz.

1.6 DENEYSEL VEYA ARAŞTIRMA AMAÇLI İŞLEM/GEREÇ

Sigortalıya uygulandığı tarihte, haklarında bir hastalığın tanı veya tedavisindeki gereklilik, etkinlik ve güvenilirliğini ortaya koyacak sayıda ve kalitede kontrollü klinik çalışmanın yayınlanmadığı veya yerli, 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 otoritelerin bunların deneysel aşamada olduğuna veya aynı işlem veya gereç üzerinde bir başka kişi veya kurumun deneysel çalışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tesbit edilen veya herhangi bir rahatsızlık olmadan araştırma, kontrol(check-up) amacıyla uygulandığına yetkili doktor tarafından karar verilen işlem veya gereçlerdir.

1.7 SAĞLIK GİDERİ

Sağlık Sigortası Genel ve Özel Şartları ve poliçe süresi dahilinde risk ve tanı ve/veya tedavi işlemlerinin gerçekleşmesi şartıyla, sigortacının tıbbi gereklilik koşulunu sağlayan, doktor tarafından yazılı olarak planlanan (istem, reçete) tanı ve/veya tedavi işlemlerine ait fatura ve/veya makbuz asıllarında konu edilen giderler'dir.

1.8 SAĞLIK KURUMU

Özel kanunları uyarınca T.C. 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 SİGORTACI'dan onay almaları şartıyla, Şirket'in kurumsal web sayfası www.allianz.com.tr adresinde yer alan "Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesi"nde bulunan hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp doktorları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile, bu kişilerle sigortacının yapmış

olduğu sözleşme şartlarını kabul ederek, bu kişilerin faturasında yer almak suretiyle bu kurumlar bünyesinde hizmet veren doktorları 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, veya bu listede bulunduğu halde geçersiz olduğu belirtilmiş hastane, laboratuvar, poliklinik, münferit tıp doktorları, eczane vb. özel ve/veya tüzel kişiler ile, bu kişilerin bünyesinde hizmet verdiği halde, bu kişilerle sigortalının yapmış olduğu sözleşme şartlarını kabul etmeyen veya kendi faturasını düzenleyen doktorlar ile, Anlaşmalı Sağlık Kurumu vasıflarına haiz olmakla birlikte, sağlık giderinin talep edildiği somut olayda, sigortalıdan ön onay almaksızın işlem yapan kişileri kapsamaktadır.

1.9 DOĞRUDAN ÖDEME

Sigortalının poliçe ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda, sigortalıdan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderinin, poliçede belirttiği teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortalı tarafından sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na ödenmesidir.

1.10 SONRADAN ÖDEME

Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra tedavi giderlerinin belgelendirilmesi bölümünde açıklanan evrakları ile sigortalıya başvurarak bu giderlerini "Allianz Sigorta A.Ş. Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesidir. Bu talep, poliçe şartları çerçevesinde sigortalı tarafından tazmin edilir.

1.11 PRİM

Sigortalının üstlendiği riskin karşılığını teşkil eden ücrettir.

1.12 RİSK

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

1.13 SİGORTACI

Sigorta ettiren veya sigortalının maruz kalabileceği riske prim karşılığında, teminat veren ve ruhsatlı olarak sigortacılık faaliyetinde bulunan kurumdur. Poliçede, sigortalı "Allianz Sigorta A.Ş." dir.

1.14 SİGORTALI/SİGORTALILAR

Poliçe uyarınca menfaati teminat altına alınan ve riziko gerçekleştiğinde sigorta tazminatını/bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden kişilerdir.

Grup Sağlık Sigortası kapsamında sadece Akit kadrosunda çalışan personel ve Akit'in kabulü ile eş ve çocukları yer alabilir.

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

Ancak kesintisiz devam eden poliçelerde Akit'in talebi Sigortacının da uygun görmesi koşulu ile 65 yaş ve üzerindeki sigortalılar, 70 yaş bitimine kadar sürprim uygulanarak sigortaya devam edebilir. Çalışan personelin eşi, 18 yaşından küçük çocukları ve 18 ile 24 yaş arası bekar çocukları da, tarafların kabul etmesi koşuluyla sigorta kapsamına dahil edilebilirler. Personelin kendisi sigortalanamadan eş ve çocukları sigorta kapsamına alınamaz. Yaş hesaplamasında, doğum yılı ile poliçe başlangıç yılı arasındaki fark (ay ve gün hesabı dikkate alınmaksızın) kullanılır. Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri doğumdan 14 gün sonra poliçe kapsamına alınabilir.

1.15 EŞ

Kanunen evli olunan kişi.

1.16 ÇOCUK

Sigortalının velayeti altındaki çocukları.

1.17 SİGORTA ETTİREN (AKİT)

Sigorta sözleşmesi yapmak üzere başvuran ve başvurusu sigorta şirketi tarafından kabul edilen sigorta sözleşmesinin kapsamı dahilinde sorumlu taraf olarak kendisi ve / veya sigortalanacak kişiler adına hareket eden ve prim ödemek dahil Sigorta Sözleşmesi'nden doğan yükümlülükleri yerine getirmek durumunda olan taraftır.

1.18 POLİÇE

Sigortacı tarafından imzalanarak sigortalı/sigorta ettirene verilen, sigortalı ve sigortacı' nın sigorta sözleşmesinden doğan hak ve borçlarını gösteren bir ispat vasıtasıdır.

1.19 TARİFE

Türk Tabipler Birliği ("TTB") tarafından yayınlanarak T.C. sınırları içerisinde mesleğini icra eden doktorların ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan birim ve uygulama ilkelerini gösterir tarifedir.

1.20 TAZMİNAT

Sağlık giderlerinin ilgili poliçe döneminde yer alan teminatlar, limitler ve limit ödeme yüzdesi dahilinde ödenen tutarıdır

1.21 TEMİNAT

Sigortacının sigorta sözleşmesi ile sigortalıya risklere karşı vermiş olduğu 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 poliçenin düzenlenmesidir.

1.23 YETKİLİ DOKTOR

Sigortacı bünyesinde, provizyon merkezinde veya belirtilmiş olan Anlaşmalı Sağlık Kurumları'ndaki "Allianz Sigorta A.Ş. Ofisleri" nde görev yapan ve sigortacı tarafından yetki verilmiş doktorlardır.

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, dış hekimi tarafından düzenlenen ve üzerinde tarihi, sigortalı 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 Harici Kurumlarda gerçekleşen, Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Ambulans, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatları'na ait sağlık giderinin, sigortacı tarafından tazminata esas alınacak ve poliçe üzerinde belirtilmiş azami yıllık brüt tutarıdır. Sigortacı tarafından Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden ödenen tazminatlar bu limitten düşülür.

1.27 DİĞER SİGORTA ŞİRKETİ

T.C. sınırları içerisinde ilgili kanunlara dayanarak ruhsatlı sigortacılık faaliyetinde bulunan özel sigorta şirketleridir.

2 TEMİNATLAR

2.1 ANA TEMİNATLAR

2.1.1 YATARAK TEDAVİLER

Sigortalının, 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, yoğun bakım giderleri ve ameliyat sonrası fizik tedavi giderleri yatarak tedavi teminatları ("Yatarak Tedavi Teminatı") kapsamında ve poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastanede yatarak yapılan ameliyatlı ya da ameliyatsız tedaviler, tedavilerin listesi verilen Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda ve bu kurumların anlaşmalı doktoru tarafından yapılması ve yetkili doktorun onaylaması koşulu ile geçerlidir.

Hastanede yatarak yapılan tedavilerde, normal yatışlarda poliçe yılı içerisinde yatılan süre, 180 gün ile sınırlı olup, normal oda yatışlarında bir(1) gün, yoğun bakım yatışı ise iki(2) gün üzerinden ve poliçe 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 teminat kapsamında karşılanır. Ancak kaza sonucu diş kaybı nedeniyle yapılacak tedavi giderleri hariçtir.

Aynı seansta birden fazla işlem yapılması durumunda, her bir işlem için Tarife'deki değerine göre kullanılacak teminat/teminatlar ayrı ayrı belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında Teminat Dışı Kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*Doktor ücreti dahil*), tarifeye göre oranlanarak ödenecek miktar bulunur.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile teminat kapsamında birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda hastane ücretlerinin tamamı ödenir.

Aynı seansta aynı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapıldığı takdirde, tarife dikkate alınarak, sadece değeri büyük olan işlem için doktor ücreti (*cerrah, anesteziist, asistan*) poliçede belirtilen limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Aynı seansta ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapıldığı durumlarda ise, tarifede değeri büyük olan işleme ait ücretinin tamamı, ancak diğer tüm işlem/işlemlerin doktor (*cerrah, anesteziist, asistan*) ücretlerinin %50'si poliçede belirtilen limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

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 tedavi giderleri, Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.1.3 AMBULANS

Sigortalının, sigorta süresi içerisinde geçirdiği rahatsızlık veya yaralanmanın, tıbben hayati tehlike ile karşı karşıya kalmasına yol açacak acil durumu nedeniyle en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için yapılacak kara ambulansı veya hava yolu taşıma giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

Allianz Acil Yardım Servisi olan bölgeler için öncelikle bu servise başvurulmalıdır. Sigortalının bulunduğu yerde Allianz Acil Yardım Servisi'nin

bulunmaması veya bu servisin kara yoluyla ulaşım hizmetini o anda sağlayamaması nedeniyle, sigortalının sair bir kurumdan kara yoluyla ambulans hizmetini alması halinde, bu hizmet bedeli Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Allianz Acil Yardım Servisi olan ancak, sigortalı tarafından anlaşmalı servise başvurulmaksızın sair bir kurumdan kara ambulansı hizmeti alınması durumunda poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum Limiti ve limit ödeme yüzdesi kullanılacaktır.

Sigortalının hayati tehlike gösteren acil durumu nedeniyle, en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı ve bulunduğu mahalde girişimin yapılamadığı durumlarda, ulaşımın hava yoluyla yapılabilmesi için öncelikle ve mutlaka sigortacıya detaylı tıbbi bilgilerin yazılı olarak ulaştırılması ve sigortacının onayının alınması gerekmektedir. Onay alınmadan gerçekleşen hava yolu taşımaları sigortacı tarafından kabul edilmeyecektir. Özel ya da tarifeli olarak yapılan hava yolu ulaşımına ait giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

Hayati tehlike gösteren acil durum nedeniyle kara ambulansı ve sigortacının onayı ile geçerli olan hava yolu ulaşım hizmetine ait giderler sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.

Sigortacı, bu teminat kapsamında kendisine iletilen bilgi ve belgelerle sınırlı olarak yapacağı değerlendirme ve onaylarla ilgili olarak, sigortalıyı yönlendirdiği Anlaşmalı Kurum veya Yardım Servislerinin verdiği hizmet kalitesine ilişkin olarak herhangi bir taahhüt vermediği gibi ulaşım hizmetinin sağlanması sürecinde yaşanacak gecikme, aksaklık veya sair hatalar nedeniyle doğabilecek zarar ve ziyandan sorumlu tutulamaz.

2.1.1.4 EVDE BAKIM

Sigortalının yatarak tedavi sonrası, tedavisini yürüten doktoru tarafından evde uygulanması istenen tıbbi tedavi planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken sigortacı tarafından onaylanması ve poliçe yılı içinde en fazla 8 haftaya kadar olmak koşuluyla, taburcu olduğu tarihten itibaren tıbbi evde bakım hizmet giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır.

2.1.1.5 AMELİYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ

Sigortalının, sigortacı tarafından kabul edilen ameliyatı sonrasında, ameliyatla ilişkili olarak planlanan fizik tedavisinin ayakta ve yatarak gerçekleşmiş olmasına bakılmaksızın taburcu tarihinden itibaren en geç 60 gün içerisinde yapılması koşulu ile Yatarak Tedavi Teminat limiti ve ödeme oranı dahilinde karşılanır.

Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi giderleri poliçe yılı içinde toplam 20 seans ve tarife ile sınırlı olup, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen tedavi planı ve raporunun incelenerek sigortacının onaylanması koşulu ile sadece tarifiede yer alan Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümünde bulunan işlemlere ait sağlık giderleri karşılanır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge ayrı bir seans olarak değerlendirilir. Bu teminat yurt dışında geçerli değildir.

2.1.2 KÜÇÜK CERRAHİ

Tarifede 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 sağlık giderleri, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması veya uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın, poliçede 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, poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Bu 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*), poliçede İsteğe Bağlı Teminat’ları var ise, ilgili teminatlardan karşılanır.

Aynı seansta birden fazla işlem yapılması durumunda, her bir işlem için Tarife’deki değerine göre kullanılacak teminat/teminatlar ayrı ayrı belirlenir.

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (*malzeme/ilaç, ameliyathane ve doktor ücreti*), tarifeye 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.

2.1.4 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, kontrolü ve komplikasyonlarının 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.

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.

2.1.5 TIBBİ MALZEME

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak , vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, işitme cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.6 YAPAY UZUV

Sigortalı' nın sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ve 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 yetkili doktorun onaylaması koşulu ile, olay tarihinde yürürlükte bulunan poliçede belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

2.1.7 KONTROL MAMOGRAFI

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü sigortalı bayanların yılda bir kez ve sadece mamografi için geçerli olduğu belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarında yaptıracakları kontrol mamografi ücretleri, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

2.1.8 PSA (PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN) TETKİKLERİ

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü sigortalı erkeklerin yılda bir kez ve sadece belirtilen A grubu Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda yaptıracakları PSA (Prostat Spesifik Antijen) tetkiki poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanacaktır.

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 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

Sigortalının bir kaza veya rahatsızlık ve/veya hastalık 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 sigortalının tedavisi için gerekli görülen ilaçlar ile ilgili giderler poliçe özel şartları dahilinde en fazla 5 kalem ve her kalemden en fazla 10 günlük doz olacak şekilde, sigortalının ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. Ancak tedaviyi üslenen doktor tarafından rapor ile sürekli kullanılması gerektiği belirtilen ilaçlar, poliçe özel şartları dahilinde, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve yetkili doktor tarafından onaylanması halinde 90 günlük dozlar halinde reçete edilebilir.

Sigortacı tarafından kabul edilen ilaçlara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

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

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri ise, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve yetkili doktorun onay vermesi koşuluyla, ilgili teminatın kapsamında karşılanır.

İşyeri Hekimlerinin yazdığı reçete kapsamındaki ilaçlar bu poliçede hiçbir şekilde ilaç teminatı kapsamında karşılanamaz.

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.

2.2.2 REHABİLİTASYON

Sigortalının sigortalılık süreci içinde geçirdiği bir hastalık, sakatlanma veya yaralanmanın ardından (nörolojik hastalıklar, travma, ekstremité amputasyonu vb.), yitirdiği yaşam fonksiyonlarının (yürüme, yeme-içme, giyinip soyunma vb.) kısmen de olsa normale dönüştürülebilmesi için uygulanan tedavi yöntemi (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderler tedavinin sigortalılık süreci içinde tamamlanması, hastanede yatarak yapılması ve bu durumun Allianz Sigorta A.Ş. tarafından onaylanması koşuluyla, poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme % si dahilinde karşılanır.

2.2.3 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 tedavisi (yapılan işlemin 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 SİGORTAYA GİRİŞ ÇIKIŞ BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1 SORUMLULUKLAR

Sigorta Ettiren ("Akit"), Sigorta sözleşmesi yapmak üzere başvuran personeli ve varsa bağımlılarının Ön Bilgi Formları'nın eksiksiz doldurtmak üzere sigortalı adaylarını bilgilendirme ve doldurtulması-takibi, sigortacı tarafından talep edilebilecek eksik bilgi/belgelerin tedarik edilmesini sağlayarak gönderilmesi, çıkışı yapılacak sigortalılara ait bildirimlerin yapılması ve Sigorta sözleşmesi'nden doğan diğer yükümlülüklerin yerine getirilmesi ile sorumludur.

Sigortalı, Ön Bilgi Formu ve var ise ek belgelerde kendisine ve aile bireylerine ait bilgilere eksiksiz ve doğru cevap vermekle; hastalık, rahatsızlık ve şikayetler ile ilgili sağlık bilgilerini detaylı olarak beyan etmekle ve beyana ait var ise bilgi/belgeleri Ön Bilgi Formuna eklemekle (rapor, tetkik vb.); risk değerlendirmesi aşamasında istenebilecek eksik bilgi ve belgeleri tedarik etmek ile yükümlüdür.

Sigortacı, başvurusu yapılan sigortalı adayının işlemlerini ve risk değerlendirmesini yapmak, poliçe kapsamına kabul edilen her bir sigortalı/ların sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık neticesi oluşacak sağlık giderlerini sözleşme şartları (Özel ve Genel Şartlar) çerçevesinde karşılamaktan sorumludur.

3.2 SİGORTAYA GİRİŞ

Sigorta Ettiren, sigorta kapsamına dahil olacak personel ile varsa bağımlılarına ait bilgileri, Sigortacı'ya Ön Bilgi Formu doldurulmuş tarihi itibari ile **15 iş günü** içerisinde bildirmekle yükümlüdür. 15 günü geçen bildirimler için 30 güne kadar sigortalı adayının yazılı sağlık beyanı, 30 günden sonra ise yeni tarihli Ön Bilgi Formu ile başvuru yapılır.

Sigortalının poliçeye giriş tarihi ÖBF doldurulmuş tarihi veya sonraki bir tarih olabilir. Ön Bilgi Formu doldurulmuş tarihinden önceki tarihe ait poliçeye giriş talepleri kabul edilemez.

Akit'in talebi ve Sigortacı'nın da onaylaması halinde, Ön Bilgi Formu doldurulmuş tarihinden en fazla 30 gün geriye dönük giriş talepleri kabul edilir.

Ön Bilgi Formu doldurulmuş tarihi ile poliçeye giriş tarihi arasındaki süre 15 günden fazla olmamalıdır. Bu süre 15 günden fazla ise sigortalının yazılı sağlık beyanı , eğer 30 günden uzun ise yeni tarihli doldurulan Ön Bilgi Formu ile sigorta ettiren tarafından sigortacıya iletilmesi gerekir.

Ön Bilgi Formu doldurulmuş tarihi ile poliçe başlangıç tarihi arasında beyan edilen hususlar değiştiği takdirde personel ve/veya bağımlılar, ilgili değişikliğe ait yazılı beyan/larını sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.

Sigortalı personelin evlilik veya doğum nedeniyle bağımlılarına ait poliçeye giriş talepleri için değişiklik tarihinden itibaren en geç 30 gün içerisinde Ön Bilgi Formu'nda belirtilen ilgili belgeler ile sigorta ettiren aracılığıyla sigortacıya bildirilmelidir. 30 gün içerisinde bildirim yapılmayan eş ve çocuklar ancak poliçe yenileme döneminde başvurulması halinde sigorta kapsamına alınmak üzere değerlendirilecektir. (Ancak bağımlı konumunda başvuran kişi/lerin varsa diğer sigorta şirketinde ki poliçesinin bitmesi veya yurtdışında olduklarına dair ispat edilen yazılı beyan iletilmesi halinde 30 gün kuralı uygulanmayacaktır)

Bu yükümlülükler uyulmaması halinde sigorta ettiren sigortacıyı ortaya çıkabilecek tüm taleplerden beri kılmayı ve bu talepleri karşılamayı peşin olarak kabul eder.

3.3 SİGORTADAN ÇIKIŞ

Sigorta Ettiren, şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrasında ayrılan ya da her ne sebeple olursa olsun ilişkileri kesilme nedeniyle grubun kadrosunda yer almayan personel ile varsa bağımlılarına ait bilgileri, Sigortacı'ya işten çıkış tarihi ile birlikte 30 gün içinde bildirmekle yükümlüdür. Sigortalının poliçe geçerlilik süresi şirketinden ayrıldığı tarih itibari ile son bulacaktır. Sigorta kapsamından ayrılan personelin eş ve çocuklarının da (sigorta kapsamına dahil edilmiş ise) teminatı kendiliğinden sona erer. Personel ve/veya bağımlılarının her ne sebeple olursa olsun şirketleri ile ilişkileri kesildiğinin Sigortacı tarafından tespiti durumunda, sigortalılar ilgili grupta ilişkin kesildiği tarih itibarıyla poliçe kapsamından çıkarılır.İlgili gruptan ilişkin kesildiği tarih ile çıkış bildirimi arasındaki zamanda sigortalı/ların tazminat/provizyon talep ve/veya ödemeleri var ise, Sigortacı en son yapılan harcamanın yapıldığı tarih itibarıyla çıkış işlemini gerçekleştirecektir.

Kendi isteği ile poliçe kapsamından çıkmak isteyen personel ile varsa bağımlılarına ait bilgilerin de sigorta ettiren tarafından çıkış talep edilen tarih ile birlikte 30 gün içinde sigortacıya bildirilmelidir. Sigortacı, ilgili gruptan ilişkin kesildiği tarih ile çıkış bildirimi arasındaki zamanda sigortalı/ların tazminat/provizyon talep ve/veya ödemeleri var ise, Sigortacı en son yapılan harcamanın yapıldığı tarih itibarıyla çıkış işlemini gerçekleştirecektir.

Her ne sebeple olursa olsun poliçeden çıkışı yapılacak personel ve/veya bağımlılarının, poliçeden çıkış bildirimlerinin işten ayrılma tarihi itibarıyla Akit tarafından 30 gün içinde Sigortacı'ya iletilmemesi halinde, çıkış işlemi bildirimin yapıldığı tarihten en fazla 30 gün geriye dönük olarak yapılır. Poliçeden çıkış tarihi ile çıkış bildirim tarihi arasındaki zamanda sigortalı/ların tazminat/provizyon talep ve/veya ödemeleri var ise, Sigortacı en son yapılan harcamanın yapıldığı tarih itibarıyla çıkış işlemini gerçekleştirecektir.

Bu yükümlülükler uyulmaması halinde sigorta ettiren sigortacıyı ortaya çıkabilecek tüm taleplerden beri kılmayı ve bu talepleri karşılamayı peşin olarak kabul eder.

Poliçeden çıkışı yapılan sigortalılar tarafından, grup poliçesi kapsamında yer alan tüm aile bireyleri ile birlikte olmak ve grup poliçesi çıkış tarihinden en geç 30 gün içerisinde Allianz Sigorta A.Ş.'ye ait Bireysel Sağlık ürünlerinden biri ile sigortalılıklarını devam ettirmek üzere başvurulabilir. Bireysel Sağlık Poliçe başvuruları, Grup Sağlık Sigortası Poliçesi kapsamında Ömür Boyu Yenileme Güvencesi almış olan sigortalılar için Sertifika şartları geçerli olacaktır. Henüz bu hakka sahip olmayanlar için tüm aile bireyleri ile birlikte başvuru şartı aranmayacak olup, tercih ettikleri Bireysel Sağlık Sigorta Poliçesi Özel Ve Genel Şartları çerçevesinde standart değerlendirme yapılacaktır.

Yürürlükte bulunan poliçe kapsamına Akit kadrosuna yeni katılan personel ve/veya bağımlılarına (eş ve çocuk) ait giriş talebinde bulunması halinde,

Allianz Sigorta A.Ş., poliçe başlangıç tarihinden sonra

0-2 ay (2.ay dahil) arasındaki girişlerde yıllık poliçe priminin	%100'üne
2-4 ay (4.ay dahil) “	%85 'ine
4-6 ay (6.ay dahil) “	%65 'ine
6-8 ay (8.ay dahil) “	%50 'sine
8-10 ay (10.ay dahil) “	%35'ine
10-12 ay “	%25'ine

hak kazanır.

Yürürlükte bulunan poliçesi kapsamından personel ve/veya bağımlılarına ait çıkış talebinde bulunulması halinde ise,

Allianz Sigorta A.Ş., poliçe başlangıç tarihinden sonra

0-3 ay (3.ay dahil) arasındaki çıkışlarda yıllık poliçe priminin	%25'ine
3-6 ay (6.ay dahil)	%50'sine
6-9 ay (9.ay dahil)	%75'ine
9-12 ay	%100'üne

hak kazanır.

3.4 BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sigortalı adayı Ön Bilgi Formu ve var ise ek belgelerde kendisine ve aile bireylerine ait bilgilere eksiksiz ve doğru cevap vermekle; hastalık, rahatsızlık ve şikayetler ile ilgili sağlık bilgilerini detaylı olarak beyan etmekle ve beyana ait var ise bilgi/belgeleri Ön Bilgi Formuna eklemekle (rapor, tetkik vb.) yükümlüdür.

Sigortacı tarafından sigortalı ve varsa bağımlılarına ait beyanının gerçeğe aykırı, eksik ve/veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya grup sağlık sigorta poliçesinin işbu sözleşme şartlarına aykırı bir biçimde, bilgi gizlemek, haksız kazanç sağlamak vb. suretle sürdürülmeye çalışılması halinde, sigortalı (eş ve çocuklar da dahil olmak üzere) sigorta kapsamından çıkarılır.

Sigortalı personel tarafından kendisi ve varsa bağımlılarının rahatsızlık ve/veya hastalıklarına ait beyan edilen bilgilerin gerçeğe aykırı veya eksik olduğunun sigortacı tarafından poliçe yürürlükte iken öğrenilmesi durumunda sigortalı/lar için yeniden risk değerlendirmesi yapılır. Bu nedenle sigortalıdan sağlık beyanı , poliçe teminat limitleri haricinde yaptırılmak üzere rapor, ek tetkikler vb bilgi/belge istenebilir. Risk değerlendirmesi sonucunda sigortacı tarafından riskli hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakılabilir veya poliçe kapsamından çıkartılma kararı alınabilir.

3.5 SİGORTA RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Sigortacı, Poliçe kapsamına dahil olacak kişileri, Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalı'nın ön bilgi formu'nda beyan ettiği bilgileri, varsa diğer sigorta geçiş bilgilerini, Rahatsızlık ve/veya Hastalık'ları özel ve genel şartlar dahilinde değerlendirir.

3.5.1 Sigortacı bu değerlendirme sırasında , Sigortalı'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir, Sigortalı 'yı Doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler (eski ve/veya yeni tarihli raporlar gibi) isteyebilir.

3.5.2 Sigortacı, yapılan değerlendirme sonucunda kişiyi, Poliçe kapsamına alıp almama veya İstisna uygulayarak Poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

3.5.3 İstenen bilgi/belgelerin Ön Bilgi Formu doldurulma tarihinden itibaren **45 gün** içerisinde sigortacı'ya ulaştırılması gerekir. Ulaştırılamaması ve/veya gönderilen belgelerin yeterli olmaması durumunda, sigortalı adayının Ön Bilgi Formu'na dayalı başvurusu hükümsüz olur. Sigorta ettirene başvurunun red olduğuna dair yazı ile bildiri yapılır. Bu durumda sigortalı adayının, sigorta kapsamına dahil olabilmek için, istenen bilgi/belgelerle beraber dolduracağı yeni tarihli bir Ön Bilgi Formu ile, sigortacı'ya tekrar başvurusu gerekir. Bu başvuru yeni Ön Bilgi Formu dolduruş tarihi ile değerlendirmeye alınır.

3.5.4 Sigortalı adayı, Ön Bilgi Formu doldurma tarihi ile, sigortacının değerlendirmeyi tamamlayıp poliçeyi yürürlüğe girme tarihi arasında ortaya çıkan ilave tüm riskleri, sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.

3.5.5 Yeni doğan bebeklerin grup sağlık poliçesi kapsamına giriş talepleri için Ön Bilgi Formu ekinde doğum belgesi, bebeğin sağlık durumunu belirtir doktor raporu ile sigortacıya iletilmesi gerekir. Risk değerlendirme sonucunda, Poliçe kapsamına alıp almama veya İstisna uygulayarak Poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir. (38 gebelik haftasından önce ve/veya doğumdaki ağırlığı 2.000 gramın altında olanlar ile 42 gebelik haftasından sonra doğan bebekler

poliçesi kapsamına dahil edilmez. Bu konumdaki bebekler için, en az 1 yıl sonra başvurulması halinde yeniden risk değerlendirmesi yapılabilecektir.)

3.5.6 Ön Bilgi Formu başvurusu sırasında beyan edilen ve değerlendirme sonucu istisna ile poliçe kapsamı dışında bırakılan rahatsızlık/hastalıklar, tedavinin tamamlanarak şifa bulunduğu (doktor başvurusu, tedavi, takip ve/veya kontrol gerektirmemesi, nüks riskinin bulunmaması gibi) durumlarda, poliçe kapsamına alınmak üzere 24 ay sonra tekrar değerlendirilir. Önceden mevcut kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik böbrek, karaciğer hastalıkları ile tekrarlayan ve sigortalandığı tarihte tedaviye ihtiyaç göstermese dahi daha sonra uzun süreli seyir ile tedavi gerektirecek hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonları ve beyan edilmeyen mevcut rahatsızlık/hastalıklar 2 yıllık bekleme süresi içinde veya sonrasında, hiç bir durumda, teminat kapsamına alınmaz.

3.5.7 Şirketimizde sağlık sigorta poliçesi olup herhangi bir nedenle şirketimizden ikinci poliçe olarak grup sağlık poliçesine başvuran sigortalılar için risk değerlendirme yapılır. Sigortacı bu değerlendirme sırasında , Sigortalı'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir, Sigortalı 'yı Doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler (eski ve/veya yeni tarihli raporlar gibi) isteyebilir. Sigortacı, yapılan değerlendirme sonucunda kişiyi, Poliçe kapsamına alıp almama veya İstisna uygulayarak Poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

3.5.8 Şirketimizde sağlık sigorta poliçesi olup herhangi bir nedenle iptal ederek en geç 30 gün içerisinde grup sağlık poliçesine başvuran sigortalılar için; Ön Bilgi Formu incelenmesi sonucunda Sigortacı, Sigortalı'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir, Sigortalı 'yı Doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler (eski ve/veya yeni tarihli raporlar gibi) isteyebilir. Bu değerlendirme sonucunda, kişiyi Poliçe kapsamına alıp almama veya İstisna uygulayarak Poliçe kapsamına alma hakkına sahiptir.

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

3.5.10 Sigortalı, poliçe yenileme dönemlerinde Sigortacı'nın diğer bir sağlık ürününün teminatları kapsamında sigortalanmak veya plan değişikliği talebi ile teminatlarını değiştirmek ister ise, Sigortacı yenileme koşullarını tekrar gözden geçirme hakkına sahiptir. Yenileme dönemlerinde, teminat plan değişiklikleri Sigortacı'nın değerlendirme ve onayına bağlıdır. Sigortacı bu değerlendirme sırasında , Sigortalı'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir, Sigortalı 'yı Doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler (yeni tarihli raporlar gibi) isteyebilir. Değerlendirme sonucunda, Sigortacı, başvuruyu reddetme veya risklerini kapsam dışında bırakarak kabul etme hakkına sahiptir.

3.5.11 Sigortacı tarafından sigortalı ve varsa bağımlılarına ait beyanının gerçeğe aykırı, eksik ve/veya yanlış olduğunun tespit edilmesi durumunda risk değerlendirme yapılır. Sigortacı bu değerlendirme sırasında , Sigortalı'nın son sağlık durumunu belirtir beyanını isteyebilir, Sigortalı 'yı Doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler (eski ve/veya yeni tarihli raporlar gibi) isteyebilir. Talep edilen, bilgi/belge, raporların, talep tarihi itibari ile 15 gün içinde şirkete iletilmesi gerekir. Yapılan değerlendirme sonucu, sigortacı, sigortalıyı ve/veya

bağımlılarını poliçe kapsamından çıkarma veya risklerini istisna ile poliçe kapsamı dışında bırakma hakkına sahiptir.

3.6 Daha Önce Başka Sigorta Şirketinde Sağlık Poliçesi Bulunan Kişilerin

Başvuru Değerlendirmesi:

3.6.1 Diğer Sigorta Şirketinde en az bir tam yıl sağlık sigorta poliçesi olup; herhangi bir nedenle iptal ederek diğer sigorta şirketindeki sigortalılığının bittiği tarih itibarıyla en geç 30 gün içerisinde grup sağlık poliçesine başvuran kişiler için; Sigortacı yeniden değerlendirme hakkına sahiptir. Bu değerlendirmede Ön Bilgi Formu'nu, önceki sağlık sigortalılık geçmişini, Sigortacı tarafından talep edildiği durumlarda doktor muayene raporu ve tetkik sonuçlarını dikkate alır. Değerlendirme neticesinde Sigortacı, tamamen takdiri kendisine ait olmak üzere başvuru sahibini ve varsa bağımlılarını grup poliçe kapsamına kabul veya belirli muafiyet ve istisnalar ile kabul veya grup sigorta sözleşmesi kapsamına almamak sonucuna varır. Poliçe özel şartları Teminat Dışı Kalan Haller "C" maddesinde belirtilen hastalıklar için bekleme süresini kaldırabilir. Bu sonucu sigorta ettiren üzerinden bildirir. Bu değerlendirme sürecinde meydana gelebilecek gecikmelerden ötürü başvuru sahibi ve bağımlıları nezdinde doğacak zarar ve ziyandan Sigortacı sorumlu tutulamaz.

3.6.2 Diğer Sigorta Şirketinde sigortalılığı devam etmekte iken Şirketimiz grup sağlık poliçesinde sigortalanmak üzere başvuran kişiler için; Sigortacı 3.6.1 fıkrasında belirtilen şekilde uygulama yapar. Ancak bu durumda Sigortalının diğer sigorta şirketindeki sigortalılığının bittiği tarih itibarıyla en geç 30 gün içinde poliçesinin sonlandığı bilgisini Allianz Sigorta'ya yazılı olarak bildirmesi gerekmektedir.

3.6.3 Ne şekilde olursa olsun Diğer Sigorta Şirketinden Şirketimize bir grup sağlık poliçesi kapsamına giriş için başvuran sigortalının, kendisi ve varsa bağımlılarının, Diğer Sigorta Şirketi/Şirketlerinde poliçeleri olduğuna dair bilgileri (poliçe veya sigortalı kart numarası) Ön Bilgi Formu 'nda beyan etmemesi ve sigortalandıktan sonra ve/veya risk gerçekleştiği zaman bu bilgiyi aktarması durumunda diğer sigorta şirketlerindeki sigortalılık süreleri dikkate alınmayacak, Sigortacı'nın sözleşme genelindeki hakları saklı kalmak ve takdiri Sigortacıya ait olmak üzere sigortalı ve varsa bağımlıları, Sigortacı tarafından sigorta kapsamı dışına çıkarılabilecektir.

3.6 no'lu madde de bahsi geçen sürelerle uyulmadığı takdirde, diğer sigorta şirketlerindeki sigortalılık süreleri dikkate alınmayacaktır.

3.7 RÜCU HAKKI

3.7.1 Sigortacı, sigortalının ve/veya tedaviyi düzenleyen kurum/doktorun eksik ve/veya yanlış bilgi aktarması nedeniyle kabul ettiği sağlık sigortası genel ve grup sağlık sigorta sözleşmesinin özel şartlarına uymayan sağlık giderlerini, sigortalıya rücu ederek yasal faizleri ile birlikte tahsil eder.

3.7.2 Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel şartları kapsamında kabul ettiği ve ödediği sağlık giderine üçüncül şahısların neden olması durumunda,

sigortalının yerine geçerek ödediği tazminat tutarını üçüncü şahıslara rücu edebilir.

4 RİZİKO KARINA İŞTİRAK

Sigorta dönemi sonunda sigortacının ödediği tazminatlar (ihbar edilmiş ancak henüz ödenmemiş tazminatlar dahil) toplamı, aynı dönem içerisinde ödenen primin %70'ini aşmıyor ise, Akit aşağıda belirtilen oranlarda indirim hakkı kazanır. Bu miktar bir sonraki dönem priminden 60 gün sonra (geriye dönük tazminat talepleri nedeniyle) tenzil edilmek suretiyle kar'a iştirak sağlanır. Bu tutar yeni poliçe primi bakiye taksitlerinden mahsup edilir. Poliçe peşin ödemeli ise defaten iade gerçekleştirilir.

TAZMİNAT/PRİM	İNDİRİM (%)
0 ile 50 (50 dahil) arasında ise	20
50 ile 60 (60 dahil) arasında ise	10
60 ile 70 (70 dahil) arasında ise	5

5 ÖMÜR BOYU YENİLEME GÜVENCESİ

Allianz Sigorta A.Ş. mevcut Grup Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında en az 4 tam yıl kesintisiz olarak sigortalanmış ve sigortasını şirketimiz Bireysel Sağlık ürünlerinden biri ile devam ettirmek isteyen kişilerin, aşağıdaki koşullara bağlı olarak poliçelerini Ömür Boyu yenileyeceğini kabul ve beyan eder. Bu güvencenin yerine getirilmesinde, sigortacının Sağlık Sigortası Genel Şartları ve başvuru esnasında geçerli olan Bireysel Sağlık Sigortası Özel Şartları'nda belirtilen tüm hakları saklıdır.

- Sigortacı, sigortalının sağlık geçmişini ve sigortalı adına kesintisiz 4 tam yıl boyunca ödenen yıllık net sağlık primi ile sigorta şirketi tarafından ödenen ve / veya ödenecek yıllık tazminat oranının %100'ü aşıp aşmadığını inceleyerek Ömür Boyu Yenileme Güvencesi verip vermeme hakkına sahiptir.
- Ömür Boyu Yenileme Güvencesi sertifikası sigortalının sadece bireysel poliçesinin ömür boyu yenileneceğini belirtmektedir. Sigortalının risk değerlendirmesi Bireysel Sağlığa ilk başvurusu esnasında aşağıda belirtilen uygulama ve koşullar ile yapılmaktadır.
- Bireysel sağlık poliçelerimizde uygulanmak üzere verilmiş olan Ömür Boyu Yenileme Güvencesi hakkınızın geçerli olabilmesi için, adı geçen şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrası ayrılma ile poliçeden çıkış (en geç ilişkin kesildiği poliçe dönemi sonunda) ya da ilgili şirketin hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı sonrasında poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren, en geç 30 gün içerisinde ve Grup Sağlık Sigortası kapsamında bulunan tüm aile fertlerinin birlikte olması koşulu ile, şirketimiz yetkili satış kanallarına bireysel sağlık sigortası için başvurmanız gerekmektedir.
- Tıbbi risk değerlendirmeniz, Bireysel Sağlık Poliçesi'ne başvurunuz esnasında, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi kazandığınız tarihe kadar oluşan

rahatsızlıklarınız dikkate alınarak yapılacak ve sağlık geçmişiniz incelenerek hastalık muafiyeti ve/veya sürprimi uygulanabilecektir.

- Sigortalı, bireysel poliçeye geçiş esnasında, hastalık sürprimi uygulanarak teminat kapsamına alınan, mevcut veya sigortacı tarafından riskli bulunan hastalıklarının teminat kapsamı dışında bırakılmasını ister ise, sigortalının talebi doğrultusunda poliçesine uygulanan hastalık muafiyeti Ömür Boyu devam eder ve poliçe yenileme dönemlerinde sürprim uygulanarak bir daha teminat kapsamına alınamaz. 4. poliçe yılının sonunda mevcut veya risk taşıyan hastalıkların sigortacı tarafından teminat kapsamı dışında bırakılması durumunda ise, bu hastalıklar Ömür Boyu teminat kapsamına alınmaz.
- Ömür Boyu Yenileme Güvencesi sertifikasında belirtilen tarihten sonra ortaya çıkacak hastalıklar poliçe yenileme dönemlerinde teminat kapsamı dışında bırakılmayacak ve bu hastalıkları için hastalık sürprimi uygulanmayacaktır.
- Sigorta süresi içerisinde sigortalının gerçeğe aykırı eksik veya yanlış beyanda bulunduğu veya sigorta teminatlarının kötü niyetle kullanıldığına sigortacı tarafından tespit edilmesi durumunda, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi kazanılmış olsa dahi bu güvence her şekliyle son bulur ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddesi uygulanır.
- Ömür Boyu Yenileme Güvencesi kazanmış sigortalıların ilk 4 yıl içerisinde oluşmuş, sigortalı tarafından bilinen ancak sigortacının bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlık/hastalık durumlarında, sigortacı durumu öğrendiği tarih itibarıyla yenileme Güvencesi taahhüdüne son verme, muafiyet ve / veya hastalık sürprimi uygulayarak devam ettirme hakkına sahiptir. Sigortalı maruz kaldığı tüm rahatsızlık/hastalıklarını sigortacıya zamanında ve derhal ve yazılı olarak bildirmesi gerekmektedir.
- Ömür Boyu Yenileme Güvencesine hak kazanmış sigortalıların Bireysel Sağlık ürünlerinden birini almak için yaptığı ilk başvuruda tercih ettiği ürün, teminat ve teminat limitleri sigortacının onayı ile geçerli olacaktır.
- Sigortalı poliçesinde yenileme dönemlerinde teminatlarını arttırmak ister ise, yenileme taahhüdü Allianz Sigorta A.Ş. tarafından tekrar gözden geçirilir. Teminat artışları sigortacının onayına bağlıdır. Sigortacı teminat arttırımında bulunan sigortalılardan son durumunu belirtir sağlık beyanı isteyebilir, sigortalıyı doktor muayenesine tabi tutabilir, ek tetkikler isteyebilir veya bazı hastalıklarını teminat kapsamı dışında bırakabilir.
- Sigortacı yenileme dönemlerinde teminatları, teminat limitlerini ve teminatlara bağlı primleri makul ölçüler içerisinde özgürce belirler. Sigortacı poliçe özel şartlarında değişiklik yapabilir özel şartlarda yapılan değişiklikler her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

6 SİGORTANIN MÜDDETİ VE FESHİ

İşbu sigorta sözleşmesi bir yıllık süre için akdedilmiş olup, taraflardan biri sigortanın bitim tarihinden en geç 60 gün evvel sigortanın yenilenmeyeceğini yazılı olarak talep etmedikçe veya yenilenmesi için yeni şartlar ileri sürmedikçe bitim tarihinden itibaren bir yıl daha yürürlükte kalır.

7 TAZMİNAT TALEBİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Sigortalının poliçe ve/veya teminatı için geçerli olduğu belirtilmiş Anlaşmalı Sağlık Kurumunda, sigortacıdan önceden onay alınarak gerçekleştirilen sağlık giderinin, poliçede belirtilen teminat limiti ve limit ödeme yüzdelerine uygun olarak sigortacı tarafından sigortalı adına Anlaşmalı Sağlık Kurumuna yapılan ödemeler Doğrudan Ödeme kapsamında değerlendirilir.

Sigortalı başvuruda bulunduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumuna sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen katılım payını ödemekle yükümlüdür.

Acil Tedaviler dışındaki Ameliyat ve Tıbbi Tedaviler 48 saat önceden Anlaşmalı Sağlık Kurumu aracılığı ile sigortacıya bildirilmediği takdirde Doğrudan Ödeme işlemi geçersizdir.

Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra Tedavi Giderlerinin Belgelendirilmesi maddesinde açıklanan evraklar ile Tazminat Talep Süresi maddesi dahilinde sigortacıya başvurarak bu giderlerini "Allianz Sigorta A.Ş. Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesi Sonradan Ödeme kapsamında değerlendirilir.

Poliçe ve/veya teminat için geçerli olan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nda sigortacıdan ön onay alınarak doğrudan ödeme kapsamında değerlendirilen tanı/tedavilerin, sigortalının kendi özel doktoru ve/veya Anlaşmalı Sağlık Kurumunda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen doktor tarafından yapılması durumunda sağlık gideri Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.

Ön onay aşamasında kullanılan sigortacıya ait form üzerinde doktor tarafından yapılacak işlem için beyan edilmiş tutar ile daha sonra doktor tarafından formda belirtilmiş işlem için düzenlenen fatura tutarı arasında farklılık bulunması halinde, sigortacı, bu iki tutardan daha düşük olanını tazminat hesabında dikkate alacaktır.

7.1 TAZMİNAT TALEP SÜRESİ

Sigortalının teminatları kapsamında yaptığı sağlık giderine ait tazminat taleplerini, tanı/tedavi tarihinden itibaren "60" gün içerisinde yapmaması halinde, sözkonusu sağlık giderine ilişkin olarak sigortacıdan tazminat talebinde bulunamaz.

7.2 SİGORTA SÜRESİ SONUNDA DEVAM EDEN TEDAVİLER

Poliçenin yenileme döneminde, yenileme tarihinden önce oluşan bir kaza veya Rahatsızlık ve/veya Hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavisi devam eden sigortalının sağlık giderleri yenileme poliçe başlangıç tarihi saat 12.00'ye kadar

tedavisi kabul edilen poliçe teminatlarından (Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı'na ait sağlık giderleri hariç), bu saat ve sonrasındaki işlemler yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır. Ancak, yenilenmeyen poliçede bu süre poliçe bitim tarihinden itibaren 7 günü geçemez.

7.3 TEDAVİ GİDERLERİNİN BELGELENDİRİLMESİ

7.3.1 Sigortalılar, Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında “Doğrudan Ödeme” kapsamında karşılananların dışında, teminatlar kapsamında yaptıkları Sağlık Giderleri'ne ait faturaların asıllarını “Allianz Sigorta A.Ş. Tedavi Masrafları Talep Formu” (“TMT Formu”) 'na kaydederek, ekinde göndermelidir. Doktor muayenelerine ait fatura veya serbest meslek mabuzlarında doktor kaşesi bulunmalı ve doktorun uzmanlık alanı belirtilmelidir.

7.3.2 Tanı ve/veya tedavi sonucu Klinik v.b. Sağlık kurumundan kasa fişi yerine sigortalı adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınamadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen ve aşağıda belirtilen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

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

- Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,
- Hastanede yatarak veya yatmadan yapılan ameliyatlı 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,
- Ameliyat sonrası yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, ilgili ameliyat raporu ile doktor tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını da belirten rapor,
- Tanı aşamasında yapılan tetkiklerde, doktor istemi (sevk belgesi) ve tetkik sonuçları,
- İlaç tedavilerinde, reçetelerin asılları ve reçetede ki ilaçların isimleri okunacak şekilde kesilmiş fiyat kupürleri ve barkodları,
- Gözlük veya lens giderlerinde (Gözlük/Lens Teminatı olan poliçelerde), gözlük veya lens reçetesi,
- Diş tedavilerinde (Diş Tedavi Teminatı olan poliçelerde), yapılan tedaviyi belirtir diş hekimi raporu ve gerektiğinde diş ve/veya ağız röntgeni.

7.3.4 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 sunulmalıdır.

7.3.5 Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yetkili doktora sigortalısını muayene ettirmek hakkına sahiptir.

7.3.6 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.

8 SİGORTALININ SİGORTA SÜRESİ İÇERİSİNDE VEFATI

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

9 SİGORTANIN COĞRAFİ SINIRI VE YURT DIŞINDA TEDAVİ

LİMİTSİZ TEMİNATLAR İÇİN ;

Bu sigorta teminatları T.C. 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. Sağlık giderinin Anlaşma Harici Kurum Teminat Limitini aşması durumunda Yurt Dışı Yatarak Tedavi Teminatı kullanılır.Yurt dışında SİGORTALI tarafından ödenen tedavi giderleri, tedavinin başlangıç tarihindeki T.C. 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 teminatlarından yararlanabilir. Yurt dışında yapılan tedavilere ait Sağlık Giderleri'nin ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

LİMİTLİ TEMİNATLAR İÇİN ;

- A. Bu sigorta, teminatları ve teminat limitleri dahilinde, dünyanın her yerinde geçerlidir.
- B. Yurt dışında yapılan tedavilerde sigortalı, tedavi tarihinde yurt dışında tedavinin yapıldığı ülkede bulunduğunu belgelemek kaydıyla, poliçe teminatlarından yararlanabilir.

- C. Yurt dışında sigortalı tarafından ödenen sağlık gideri, tedavinin başlangıç tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden Türk Lirası olarak sigortalıya ödenir.
- D. ABD, Kanada ve İsrail’ de yapılan sağlık giderinde, ödeme yüzdesi %100 olan teminatlar için sağlık giderinin %25’i sigortalı tarafından karşılanır ve her koşulda sigortacının azami sorumluluğu poliçede gösterilen limitin % 75’ ini geçemez. Ödeme yüzdesi % 80 olan teminatlar için ise, sigortacının sorumluluğu limitin % 60’ ı ile sınırlıdır. (Anlaşma Harici Yatarak Tedavi Teminatı, Yurtdışı Yatarak Tedavi Teminatı, Yapay Uzuv ve Tıbbi Malzeme Teminatları ile ilgili sağlık gideri yurt dışında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.)

10 YURT DIŞI DANIŞMA VE DİREKT ÖDEME

Yurtdışında ameliyatlı veya ameliyatsız tedaviler ile kemoterapi - radyoterapi – dializ tedavileri gören ve/veya görmek isteyen sigortalılar, kendilerine verilen sigortalı kartlarının arkasında yazılı telefon numarasını arayarak, istedikleri ülkede geçerli olan kuruluşlar ile ilgili danışma hizmeti alabilir ve tedavi giderlerinin poliçe şartları ve limitleri dahilinde Allianz Sigorta A.Ş: tarafından doğrudan ilgili hastaneye ödenmesini sağlayabilirler. Telefon ile verilen danışmanlık hizmetleri, yapılacak tedavinin onaylandığı anlamını taşımaz. Sigortacı direkt ödeme onayını, sigortalının hastaneye yatışı ve yeterli tıbbi bilginin aktarılması neticesinde verir.

11 SAĞLIK GİDERİ’NİN TAZMİN EDİLMESİ

A) Poliçe şartları ve teminat tanımları dahilinde gerçekleşen Ameliyat, Küçük Cerrahi, Ameliyatsız Tedavi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Tetkik ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatları’na ait Sağlık Gideri ;

- i. Sigortacı tarafından önceden onaylanan ve yukarıda belirtilen teminatlar için geçerli olan Anlaşmalı Sağlık Kurumunda gerçekleşen sağlık gideri; Poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı için 20 seans ve TTB asgari ücret tarifi ile sınırlı olmak koşulu ile poliçede belirtilen ödeme oranı Doğrudan Ödeme kapsamında karşılanır.
- ii. Sigortacı tarafından önceden onaylanan ve yukarıda belirtilen teminatlar için geçerli olan Anlaşmalı Sağlık Kurumunda gerçekleşen sağlık giderinin, Anlaşmalı Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (*Sigortalının özel doktoru ve/veya Anlaşmalı Sağlık Kurumunda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen doktor*); Poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum Limiti’nden düşülerek ve limit ödeme oranı ile, Küçük Cerrahi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Tetkik Teminatı için poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı için 20 seans ve TTB asgari ücret tarifi ile sınırlı olmak koşulu ile Anlaşma Harici Kurum Limiti’nden düşülerek ve limit ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.

- iii. Yukarıda belirtilen teminatlar için Anlaşma Harici Sağlık Kurumu olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait sağlık gideri; Poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden düşülerek ve poliçede belirtilen limit ödeme oranı ile, Küçük Cerrahi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Tetkik Teminatı için, poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile , Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı için 20 seans ve TTB asgari ücret tarifesi ile sınırlı olmak koşulu ile Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden düşülerek ve limit ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır. Ancak, hayati tehlike gösteren acil durumlarda, yapılan tedaviye ait sağlık giderleri (Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı hariç) gerekli tıbbi raporlar ile belgelenmesi ve sigortacı tarafından kabul edilmesi koşulu ile poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile,—Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.
- iv. Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ile devlete ait üniversite hastanelerinde gerçekleşen sağlık gideri; Poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatı için 20 seans ve TTB asgari ücret tarifesi ile sınırlı olmak koşulu ile poliçede belirtilen ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.
- v. Anlaşmalı Sağlık kurumu olmayan illerde gerçekleşen Ameliyat, Ameliyatsız Yatış, Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ teminatlarına ait sağlık giderleri ; Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden düşülerek ve %100 ödeme oranı ile, tedaviyi gerçekleştiren doktora ait ücretin hastane faturası içerisinde yer almaması durumunda ise, doktor ücretleri Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden düşülerek %80 ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatına ait sağlık gideri; 20 seans ve TTB asgari ücret tarifesi ile sınırlı olmak koşulu ile Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden düşülerek ve limit ödeme oranı dahilinde Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır. Küçük Cerrahi teminatına ait sağlık giderleri ; poliçede belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kurum limiti ve ödeme oranı dahilinde sonradan ödeme kapsamında karşılanır.
- Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Tetkik Teminatına ait sağlık giderleri için poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.
- vi. Sigortalının yurt dışında kendi isteği veya acil durum nedeni ile gerçekleşen sağlık gideri; Poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden düşülerek ve poliçede belirtilen 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 sağlık giderleri poliçede belirtilen Anlaşma Harici Kurum Limiti'nden düşülerek ve poliçede belirtilen limit ödeme oranı ile Doğrudan Ödeme kapsamında karşılanır. Küçük Cerrahi ve Kemoterapi-Radyoterapi-Dializ Tetkik teminatına ait sağlık giderleri; poliçede belirtilen yıllık limitten düşülerek, limit ödeme oranı ile sonradan ödeme kapsamında karşılanır. Ancak, madde 10'da belirtilen ülkelerde gerçekleşen sağlık giderleri aynı maddede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile sonradan ödeme

kapsamında karşılanır. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi Teminatları yurt dışında geçersizdir.

- B)** Poliçe şartları dahilinde gerçekleşen Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem-Tedavi ile ilgili Sağlık Giderleri;
- i.** Sigortacı tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen Sağlık Giderleri; poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile Doğrudan Ödeme kapsamında karşılanır.
- ii.** Sigortacı tarafından önceden onaylanan ve Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen Sağlık Giderleri'nin, Anlaşmalı Sağlık Kurumu tanımına uymayan kişi veya kurumlara ait bölümü (*Sigortalının özel doktoru ve/veya Anlaşmalı Kurumda çalıştığı halde anlaşma şartlarını kabul etmeyen doktor*); poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.
- iii.** Anlaşma Harici Sağlık Kurumu olarak tanımlanmış kişi veya kurumlarca gerçekleştirilen işlemlere ait Sağlık Giderleri; poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.
- iv.** Sigortalının kendi isteği veya acil durum nedeni ile yurt dışında gerçekleşen Sağlık Giderleri poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır. Ancak, Madde 10'da belirtilen ülkelerde gerçekleşen Sağlık Giderleri, aynı maddede belirtilen limit ödeme oranı ile Sonradan Ödeme kapsamında karşılanır.
- v.** Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesinde yer alan eczanelerde, ilaç ve Aşı Teminat tanımında belirtilen koşullar dahilindeki Sağlık Gideri; poliçede belirtilen limit ve limit ödeme oranı ile Doğrudan Ödeme kapsamında karşılanır. Reçete tarihi ile ilaç'ların alınma tarihi arasında 10 günden fazla süre bulunması durumunda ilgili ilaç giderleri Sonradan Ödeme kapsamında değerlendirilir.

"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 DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2 de belirtilenlerle birlikte, aşağıda sayılan haller ve bu sebeble yapılacak sağlık gideri de teminat kapsamı dışındadır:

- A)** Poliçe başlangıç tarihinden önce varolan rahatsızlıklar ile ilgili (teşhis ve/veya tedavi yapılmış olsun veya olmasın) her türlü giderler. Ancak kesintisiz devam eden poliçelerde, ön bilgi formunda yazılı olarak beyan ettiği ve daha önce tedavisinin tamamlanarak şifa bulduğu rahatsızlığının tekrarlamaması (herhangi bir doktora başvurmaması, ilaç kullanmaması) halinde bu hastalık da 24 ay sonra teminat kapsamına girer. Beyan edilmeyen mevcut ve geçirilmiş hastalıklar için bu madde geçerli değildir. Önceden mevcut kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik böbrek hastalıkları ile tekrarlayan ve sigortalandığı tarihte tedaviye

ihtiyaç göstermese dahi daha sonra uzun süreli seyir ile tedavi gerektirecek hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonları 2 yıllık bekleme süresi içinde veya sonrasında, hiç bir durumda, teminat kapsamına alınmaz.

- B) Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi, doğumsal (*konjenital*) anomali ve hastalıklar, genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (*kabul edilen hamilelik takibi hariç*), büyüme ve gelişme bozuklukları, 18 yaşından önceki kasık fıtığı, mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları, her türlü omurga eğrilikleri (*kifoz, skolyoz gibi*), yapısal bozukluklara (*septum deviasyonu, nazal valv yetmezliği, hallux valgus gibi*), obesiteye ilişkin tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

(18 yaşından önceki Kasık Fıtığı ve Nazal Septum Deviasyonuna ilişkin sağlık giderleri, SİGORTALI'nın "Allianz"ta kesintisiz 4 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Güvencesi'ne hak kazanması durumunda ve poliçesinde bu rahatsızlıklara yönelik olarak İSTİSNA uygulanmamış olması şartıyla, ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.)

(SİGORTALI'nın "Allianz"ta kesintisiz 4 tam poliçe yılını tamamlayarak Ömür Boyu Yenileme Güvencesi'ne hak kazanması sonrasında tespit edilmesi şartıyla Arteriovenöz Malformasyona ait sağlık giderleri ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.)

- C) (A) ve (B) maddelerinde açıklanan tüm şartların saklı kalması koşulu ile ve sigortacının aksini bildirmediği tüm durumlarda poliçe süresi içinde ortaya çıkan safra kesesi, safra yolları, her türlü fıtık, kist dermoid, ano-rektal hastalıklar, rahim ve yumurtalık, bademcik ve geniz eti, nasal polipler, konka hipertrofisi, ağırlı diz problemleri (*menisküs, bağ yaralanmaları ve kondral kırıklar gibi*), katarakt, prostat, varis, sinüzit, hidrosel, böbrek ve üriner sistem taşları, tiroid hastalıkları ile ilgili tedavi ile komplikasyonları için teminatlar poliçe başlangıcından 9 ay sonra başlar.

- D) Deneysel veya araştırma amaçlı işlem/gereçler. Belirli aralıklarla ve/veya kontrol amacıyla yapılan check-up, Koroner Arter Kalsiyum Skoru Testi ve EBT ile girişimsel yöntemlerle yapılmayan kardiak angiografiler (EBT Anjio, Multi Slayt Koroner Anjio ve benzerleri) gibi muayene ve tetkikler ile, kuduz, tetanoz ve Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında ödenecek çocukluk çağı aşıları dışındaki her türlü koruyucu aşı ile ilaçlar ve işyeri hekimleri tarafından reçetelendirilen ilaçlar,

REÇETE'ye 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 T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış preparatlar,
- Her türlü sabun ve şampuanlar,
- Doğum kontrol hapları,

- Kepeklenmeyi ve saç dökülmesini önleyen müstahzarlar,
 - Tıbbi meyva 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 nikotin preparatları
- E) Astım ve her türlü allerjik hastalıkların cilt testleri ve aşıları,
- F) Doktor nezaretinde yapılmış olsalar dahi kaplıca, termal, otel ve benzeri tesislerde yapılan her türlü kür, balneo terapi, rehabilitasyon ve fizik tedavi giderleri,
- G) Epilepsi (sara), psikiyatrik, geriatrik hastalıklar, demansiyel sendrom (bunamalar ve Alzheimer hastalığı gibi) ve psikoterapi gerektiren durumların tetkikleri, tedavileri ve komplikasyonları ile psikolog ve danışmanlık hizmeti giderleri,
- H) Şaşılık ve gözde kırılma kusurlarını tedavi etmeye yönelik her türlü ameliyat giderleri (lazer dahil),
- İ) Her türlü estetik ve benzeri kozmetik tedavi ve ameliyatlar (*Police şartları kapsamında kabul edilmiş meme kanseri için yapılan mastektomi sonrası yapılan rekonstrüksiyon ameliyatları hariç*) ile kontrol ve komplikasyonları, anti-aging (*yaşlanmayı geciktirici*) çalışmalar için yapılan 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, PERTH (*Pulsating Energy Resonance Therapy-Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi*), 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 Akkürinata vb.*), Genital ve Anal Molluscum Kontagiosum, Peyroni hastalığı, cinsiyet değiştirme operasyonları, cinsel işlev bozuklukları ve Menapoza bağlı Osteoporoz (*kemik erimesi*) 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'ün sebep olacağı bütün hastalıklara dair yapılan giderler,
- L) Alkol, eroin, morfin, uyarıcı veya benzeri uyuşturucu bağımlılığının tedavisi ve bunların kullanımı sonucu oluşan zehirlenme ve hastalıklar ile bunlardan herhangi

birisinin bünyelerinde mevcut olduğu tespit edilen sigortalının geçirdiği hastalık, 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 Sağlık Gideri,
- N) Çocuk bezi, mamaları, biberon ve emzikler, termofor ve bunlarla sınırlı kalmamak üzere her türlü sıhhi malzemeler ile terlik, uyku apnesi tedavisi için kullanılan her türlü aparey, koltuk değneği, tekerlekli iskemle gibi malzeme ve cihazlar, meme ve penil protezler, tek kişilik standart refakatli oda dışındaki oda ücretleri, telefon, tv. gibi tedavi ile doğrudan ilgili olmayan her türlü giderler,
- O) Sigortalılığı bir yılı aşan sigortalılar için aynı hastalık nedeniyle devamlı veya aralıklı olarak hastanede yatma süresinin "365" günü aşması halinde, aşan sürede yapılan Sağlık Gideri,
- P) Sağlık Kurumu veya Doktorların uyguladıkları tanı, tedavi veya her türlü cerrahi müdahalelerdeki hatalar sonucu doğacak Sağlık Gideri,
- R) Poliçede belirtilmeyen teminatlar kapsamında yapılan harcamalar ile poliçede belirtilen Sağlık Kurumu tanımını dışında kalan yerlerde yapılan tedavi giderleri,
- S) Acil vakalar dışında sigortacıya en az 48 saat önce bildirilmeden yapılan yatarak tedaviler,
- T) Organ nakli ameliyatlarında ve kan transfüzyonu esnasında vericiye ait giderler, organ ve organın transfer giderleri,
- U) Tedavilerin yurt dışında ya da yurt içinde yapılması halinde seyahat giderleri ile tedavi merkezlerine bağlı otellerde veya benzeri 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. (Diş Teminatı var ise bu madde geçerli değildir.)
- Y) Tanı ve tedavisi için kendisine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri akrabalığı bulunan doktor'un ücreti.

13 DİĞER ÖZEL ŞARTLAR

Poliçede yazılı teminat limitleri ve şartlarında meydana gelen değişiklikler poliçenin yenilenmesi veya feshi değildir.

Bu sigortada mevcut veya ilerde konulabilecek her türlü vergi, rusum ve harçlar Akit'e aittir.

Bu grup sigorta mukavelesinin kıdem tazminatı ile hiçbir ilişkisi yoktur. Bu sigortadan doğabilecek tazminatlar kıdem tazminatlarından mahsup edilemez.

Bu poliçenin imzalanmasıyla, poliçe kapsamına dahil kişiler, Allianz Sigorta A.Ş.'ye, poliçe başlangıcından önce veya poliçe süresi içerisinde, sigortalıyı tedavi eden doktor, hastane ve tarifimize giren diğer sağlık kuruluşlarından veya üçüncü şahıslardan tedavi ile ilgili gerekli gördüğü her türlü bilgi, rapor ve belgeleri isteme yetkisini peşinen vermiş sayılır.

Sigortacı, gerekli gördüğü taktirde yetki verilmiş doktor veya dış hekimlerine sigortalıları muayene ettirme hakkına sahiptir.

" Allianz'ın Anlaşmalı ve İndirimli sağlık kurumu olarak listelediği herhangi bir kurum, kuruluş ve/veya kişinin; Allianz'ın Sigortalı'larına ekonomik bir fayda temin etmeye yönelik ve Sigortalıların bu kişi, kurum veya kuruluşları seçip seçmemekte tamamen serbest olduğu ek bir hizmetidir. *Bu hizmet*, hiçbir şekilde Allianz tarafından yapılan bir tavsiye veya yönlendirme olarak *değerlendirilemeyeceği gibi*, anılan kişi, kurum veya kuruluşun tanı, tedavi, tedavi sonrası değerlendirmeleri ile her türlü kontrol ve tarama amaçlı tetkiklerine dair uygulamala ve sonuçları açısından hiçbir şekilde *bir garanti anlamına gelmemektedir.* "

Allianz Sigorta A.Ş.

Türk Eğitim Vakfı / Tev İnanc Türkes Özel
Lisesi