



"Allianz'ım" Mobil Uygulamasını
hemen indirin!



ALLIANZ HEM WEBDE HEM MOBİLDE SENİNLE!

Allianz Sigorta A.Ş.

Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah.
Kayışdağı Cad. No: 1 34750 Ataşehir / İstanbul

Tel: 0216 556 66 66 Faks: 0216 556 67 77

www.allianzsigorta.com.tr
Koçlulara Özel Müşteri Hizmetleri: 0850 755 15 15



KOÇ HOLDİNG EMEKLİ VE YARDIM SANDIĞI VAKFI GRUP SAĞLIK SİGORTASI

Kullanım Kılavuzu 2018

Allianz 

SİZE ÖZEL MÜŞTERİ HİZMETLERİMİZ İLE HER ZAMAN YANINIZDAYIZ.

0850 755 15 15

Bize internet sitemizden de ulaşabilirsiniz.

www.allianzsigorta.com.tr

Vakıf web sitesinden, anlaşmalı kurumları görebilir, canlı destek alabilir, talep, öneri ve şikayetlerinizi iletebilirsiniz.



www.khev.org.tr/iletisim.html

Sayın Sigortalımız,

Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı'nın siz değerli üyelerine Şirketimiz işbirliğinde özel olarak hazırlanan Karma Grup Özel Sağlık Sigortası hakkındaki her türlü bilgiyi bu Kullanım Kılavuzu'nda bulabilirsiniz.

➤ Koç Vakfı Karma Özel Sağlık Sigortası'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası olmadığını; Allianz Sigorta'nın anlaşmalı olduğu tüm sağlık kurumlarında geçerli olduğunu; sadece bu kurumlardan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşması bulunanlarda, SGK'nın işleyişe dahil edildiğini vurgulamak isteriz. Uygulama ile ilgili detaylı bilgiye, Önemli Hatırlatmalar maddesinin Karma Grup Özel Sağlık Sigortası Uygulaması başlığından ulaşabilirsiniz.

➤ Laboratuvar ve görüntüleme hizmetleriniz için şirketimiz tarafından %100'lü karşılanan Kazançlı Network uygulaması ile ilgili detaylı bilgiye, Önemli Hatırlatmalar maddesinin Kazançlı network uygulaması başlığından ulaşabilirsiniz.

➤ Doktor muayene hizmetleriniz için şirketimiz tarafından %100'lü karşılanan Uzman Network uygulaması ile ilgili detaylı bilgiye, Madde 8.1.12.1. Doktor Muayene başlığından ulaşabilirsiniz.

➤ Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı üyeleri için oluşturulan 0850 755 15 15 numaralı Müşteri Hizmetleri aracılığıyla her türlü talebinizi/sorunuzu bizlere doğrudan iletebilir ve destek alabilirsiniz.

➤ Allianz Sağlık Kartları, şirketimizde sigorta kapsamına alındığınızda gönderilmekte olup, poliçe yenilemelerinde aynı kartın kullanımı mümkündür. Kartınız ile birlikte resimli kimlik belgenizi göstererek, sayıları 4.100'e yaklaşan Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağımızda en hızlı şekilde hizmet alabilirsiniz. Her geçen gün genişleyen anlaşmalı kurum ağımızın en güncel haline internet sitemizden (<http://www.allianzsigorta.com.tr>) ulaşabilirsiniz.

Sizlere sunduğumuz hizmetlerden en hızlı ve verimli şekilde yararlanabilmek için kılavuzu incelemenizi, tanımlanan süreçleri dikkatle takip etmenizi hatırlatmak isteriz.

Sizlere Allianz Sigorta A.Ş. güvencesiyle sağlık dolu günler diler, saygılarımızı sunarız.

Allianz Sigorta A.Ş.

İÇİNDEKİLER

Kıdem Gruplarına Göre Teminat Tablosu	1	8.1.3.1 Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkikleri	28
Önemli Hatırlatmalar	4	8.1.4 Suni Uzuv	29
Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı		8.1.5 Küçük Cerrahi	29
Karma Grup Özel Sağlık Sigortası Uygulama Esasları	9	8.1.6 Tıbbi Malzeme	30
1. Sigortalı Olma Koşulları	9	8.1.7 Kontrol Mamografi	30
1.1.Kimler Sigortalı Olabilir?	9	8.1.8 PSA (Prostat Spesifik Antijen)	31
1.2.Kıdem Grupları	9	8.1.9 Kemik Yoğunluğu Testi	31
1.3.Üyenin Eş ve/veya Çocuğunun da Vakıf Üyesi Olması Durumu	10	8.1.10 Hamilelik ve Doğum	31
2. Vergi Avantajı	10	8.1.11 Acil Durum	32
3. Tanımlar	10	8.1.12 Ayakta Tedaviler	33
4. Poliçeye Giriş, Çıkış İşlemleri ve Sigortalı (Üye) Durumundaki Değişiklikler	16	8.1.12.1 Doktor Muayene	34
4.1.Kıdem Değişikliği	16	8.1.12.2 İlaç	34
4.2.Koç Holding Şirketleri Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi İle Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası Arası Geçişler	16	8.1.12.3 Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri	35
4.3.Yenidoğan Çocukların Sigorta Kapsamına Dahil Edilmesi	18	8.1.12.4 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	35
4.4.Poliçeye Giriş ve Çıkış İşlemleri	18	8.1.13 Ek Rehabilitasyon	36
5. Emekli Aylığı Alan, İsteğe Bağlı Olarak Üyeliği Devam Eden ve Vakıf'tan Ayrılan Üyelerin Sağlık Sigortasından Yararlanması	20	8.1.14 İleri Tani Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi	36
5.1.Vakıf'tan Emekli Aylığı Alan Üyeler	20	8.1.15 Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi	37
5.2.Vakıf'ta İsteğe Bağlı Üye Olanlar	21	8.1.16 Ek Maddi Destek Teminatı	37
6. Vakıf'tan Ayrılan Üyeler	22	8.1.17 Dış Bakım Paketi	40
6.1.01.01.2007 Sonrası Değiştirilen Resmi Senet Madde 45-l'ya Göre (Yeni Sistem) Hak Kazanan Üyeler	22	8.2 Tüm Branşlarında SGK ile Anlaşmalı Olup Aynı Zamanda Allianz Sigorta ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşması Bulunan Özel Sağlık Kurumlarında Geçerli Teminatlar	40
6.2.01.01.2007 Öncesi Uygulanan Resmi Senet Madde 45-l'ya Göre (Eski Sistem) Hak Kazanan Üyeler	23	8.2.1 Yatarak Tedaviler	41
6.3.Kıdemi 180 Ayın Altında Olan Üyelerin Durumları	24	8.2.2 Ayakta Tedaviler	42
6.4.Yurt Dışında Görevli Personelin Durumu	24	8.2.3 Hamilelik ve Doğum	42
6.5.Personelin Expat Olarak Yurt Dışında Bulunması Durumu	24	8.3 Bireysel Teşvik Sistemi	43
6.6.Askerlik Dönüşü Sigorta Hak Devri	25	9. Ömür Boyu Yenileme Garantisi ve Bireysel Poliçede Uygulanacak Şartlar	44
7. Değişikliklerin Bildirilmesi ve Primlerin Ödenmesi	25	10. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler	47
8. Teminatlar	26	10.1. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler	47
8.1 Allianz Sigorta ile Anlaşmalı (Allianz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumları Hariç) Özel Sağlık Kurumlarında Geçerli Olan Teminatlar:	26	10.2. Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortasına Ek Poliçe Uygulamaları	48
8.1.1 Yatarak Tedaviler	26	10.3. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi, Gönderimi ve Ödenmesi	48
8.1.1.1 Ameliyat	26	10.3.1 Doğrudan Ödeme Kapsamında Yapılan Başvurularda;	48
8.1.1.2 Ameliyatsız Tedavi / Ortalama Günlük Tedavi	27	10.3.2 Sonradan Ödeme Kapsamında Yapılan Başvurularda;	49
8.1.1.3 Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	27	11. Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı	52
8.1.1.4 Evde Bakım ve Tedavi	27	12. Yurt Dışında Gerçekleşen Tedaviler	52
8.1.2 Ambulans	27	12.1. Yurt Dışı Danışma ve Direkt Ödeme	53
8.1.3 Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz	28	13. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi	53
		13.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarının Kullanılması	55
		14. Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar	56
		15. Diğer	63
		15.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini	63
		15.2. Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi	64
		15.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri	64
		15.4. Rücu ve İstirdat Hakkı	64
		15.5. Ekonomik Yaptırımlar	65

KIDEM GRUPLARINA GÖRE TEMİNAT TABLOSU

01 Ocak 2018 - 01 Ocak 2019

KIDEM GRUPLARINA GÖRE TEMİNAT TABLOSU

01 Ocak 2018 - 01 Ocak 2019

1. Kідem (181 ay ve üzeri) Teminat Tablosu

TEMİNATIN ADI		YURT İÇİ ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU			YURT İÇİ ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU		YURT DIŞI SAĞLIK KURUMU	
		Allianz Anlaşmalı Özel Sağlık Kurumları (S)	ÖDEME %	ÖDEME %	LİMİT	ÖDEME%	LİMİT	ÖDEME%
YATARAK TEDAVİ	Yıllık	SINIRSIZ	100	100	45.000 TL	75	130.000 TL	75
AMELYAT	Yıllık							
AMELYATSIZ TEDAVİ / ORTALAMA GÜNLÜK TEDAVİ	Yıllık							
EVDE BAKIM VE TEDAVİ	8 haftaya kadar			GEÇERSİZ				
AMELYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	20 Seans			(5)				
TRAFİK KAZASI SONUCU DIŞ TEDAVİ	Yıllık			GEÇERSİZ				
KÜÇÜK CERRAHI (1)	Yıllık		75	(5)			10.000 TL	75
KEMOTERAPİ/ RADYOTERAPİ/DİALİZ	Yıllık	SINIRSIZ	100	(5)	100.000 TL	100	GEÇERLİ (2)	100
KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ -DİALİZ TETKİKLERİ	Yıllık							
EK REHABİLİTASYON	Yıllık	15.250 TL	100	(5)	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
AMBULANS	Yıllık	SINIRSIZ	100	100	7.500 TL	100	GEÇERLİ (2)	100
ACIL DURUM	Yıllık	SINIRSIZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERLİ (1)	100	17.000 TL	100
AYAKTA TEDAVİ		SINIRSIZ	75	100	GEÇERLİ (1)	75	4.500 TL	75
DOKTOR MUAYENE								
İLAC								
LABORATUVAR TETKİKLERİ	Yıllık							
RÖNTGEN								
İLİLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM VE TEDAVİ								
FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	20 Seans		100					
UZMAN NETWORK (2)	Yıllık	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-	
HAMİLELİK ve DOĞUM (3)		10.000 TL	100	100	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
NORMAL DOĞUM	Yıllık							
SEZARYEN								
DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ (4)	Yıllık	3.100 TL	100	(6)	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
TIBBİ MALZEME	Yıllık	2.770 TL	75	(5)	GEÇERLİ (1)	75	GEÇERLİ (1)	75
SUNİ UZUV	Yıllık	45.200 TL	100	(5)	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
DIŞ BAKIM PAKETİ (7)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
PSA (PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN) (40 yaş üstü)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
KONTROL MAMMOGRAFI (40 yaş üstü) (8)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
KEMİK YOĞUNLUĞU TESTİ (40 yaş üstü)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
GÖZLÜK (CAM/ÇERÇEVE) LENS	Yıllık	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
DIŞ TEDAVİ	Yıllık	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
GÜNLÜK İŞ GÖRMEZLİK	Günlük	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
GÜNDELİK BAKIM TEMİNATI	Günlük	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
EK MADDİ DESTEK TEMİNATI	Yıllık	(9)	100	(9)	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-

GEÇERLİ (1): Yurt İçi Anlaşmalı Sağlık Kurumu teminat limiti dahilinde geçerlidir.
GEÇERLİ (2): Yurt İçi Anlaşmalı Harici Sağlık Kurumu teminat limiti dahilinde geçerlidir.
GEÇERSİZ: Teminat verilmemiştir.

- (1) Yurt Dışı Sağlık Kurumu - Yatarak Tedavi teminat limiti ve ödeme yüzdesi kapsamında maksimum brüt 10.000 TL'ye kadar karşlanır.
- (2) Uzman Network uygulaması www.allianzsigorta.com.tr adresinde Anlaşmalı Kurumlar kapsamında "Muayenehane Hekimi" olarak belirlenen anlaşmalı doktor muayenehanelerinde geçerlidir.
- (3) Hamilelik ve Doğum teminatı 10.000 TL'ye kadar %100 ödeme yüzdesi ile kapsam dahilinde olup, Anlaşmalı sağlık kurumlarında 10.000 TL üzerindeki faturalar sonradan ödeme kapsamında, normal doğum ve gebelik komplikasyonlarında limitisi ve %100 ödeme yüzdesi ile sezaryen ise limitisi ve %80 ödeme yüzdesi ile kapsama alınacaktır. Hamilelik ve Doğum teminatı Anlaşma Harici Kurum ve Yurt Dışı Sağlık Kurumlarında toplamda maksimum 10.000 TL'ye kadar karşlanır.
- (4) Hamilelik ve Doğum teminatı limitinden düşülerek karşlanır.
- (5) Allianz SGK anlaşmalı sağlık kurumları (ST) yatarak tedavi teminatından ödenir.
- (6) Allianz SGK anlaşmalı sağlık kurumları (ST) hamilelik doğum teminatından ödenir.
- (7) Diş Hekimi muayenesi, detartraj (diş taşı temizliği - alt ve üst çene), diş röntgen filmi (tbben gerekli ise), VIP randevu organizasyonu
- (8) Kontrol Mamografi, sadece bu teminata özel anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir.
- (9) Ek maddi destek teminatı yıllık 50.000 TL ve işbu özel şartlarda belirtilen kategori limitleri kapsamındadır.

2. Kідem (0 -180 ay) Teminat Tablosu

TEMİNATIN ADI		YURT İÇİ ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU			YURT İÇİ ANLAŞMA HARİCİ SAĞLIK KURUMU		YURT DIŞI SAĞLIK KURUMU	
		Allianz Anlaşmalı Özel Sağlık Kurumları (S)	ÖDEME %	ÖDEME %	LİMİT	ÖDEME%	LİMİT	ÖDEME%
YATARAK TEDAVİ	Yıllık	SINIRSIZ	100	100	45.000 TL	75	130.000 TL	75
AMELYAT	Yıllık							
AMELYATSIZ TEDAVİ / ORTALAMA GÜNLÜK TEDAVİ	Yıllık							
EVDE BAKIM VE TEDAVİ	8 haftaya kadar			GEÇERSİZ				
AMELYAT SONRASI FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	20 Seans			(5)				
TRAFİK KAZASI SONUCU DIŞ TEDAVİ	Yıllık			GEÇERSİZ				
KEMOTERAPİ/ RADYOTERAPİ/DİALİZ	Yıllık	100.000 TL	100	(3)	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
KEMOTERAPİ-RADYOTERAPİ -DİALİZ TETKİKLERİ	Yıllık							
EK REHABİLİTASYON	Yıllık	15.250 TL	100	(3)	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
AMBULANS	Yıllık	5.000 TL	100	100	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
ACIL DURUM	Yıllık	SINIRSIZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERLİ (1)	100	17.000 TL	100
KÜÇÜK CERRAHI	Yıllık	6.200 TL	75	(3)	GEÇERLİ (1)	75	GEÇERLİ (1)	75
AYAKTA TEDAVİ		4.500 TL	75	100	GEÇERLİ (1)	75	GEÇERLİ (1)	75
DOKTOR MUAYENE								
İLAC								
LABORATUVAR TETKİKLERİ	Yıllık							
RÖNTGEN								
FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON								
UZMAN NETWORK (1)	Yıllık	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-	
İLİLERİ TANI YÖNTEMLERİ VE TIBBİ GÖZLEM VE TEDAVİ	Yıllık	10.400 TL	75	(6)	GEÇERLİ (1)	75	GEÇERLİ (1)	75
HAMİLELİK ve DOĞUM		10.000 TL	100	100	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
NORMAL DOĞUM	Yıllık							
SEZARYEN								
DOĞUM KONTROL YÖNTEMLERİ (2)	Yıllık	2.000 TL	100	(4)	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
TIBBİ MALZEME	Yıllık	1.420 TL	75	(3)	GEÇERLİ (1)	75	GEÇERLİ (1)	75
SUNİ UZUV	Yıllık	32.600 TL	100	(3)	GEÇERLİ (1)	100	GEÇERLİ (1)	100
DIŞ BAKIM PAKETİ (5)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
PSA (PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN) (40 yaş üstü)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
KONTROL MAMMOGRAFI (40 yaş üstü) (7)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
KEMİK YOĞUNLUĞU TESTİ (40 yaş üstü)	Yılda 1 Kez	YILDA 1 KEZ	100	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
GÖZLÜK (CAM/ÇERÇEVE) LENS	Yıllık	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
DIŞ TEDAVİ	Yıllık	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
GÜNLÜK İŞ GÖRMEZLİK	Günlük	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
GÜNDELİK BAKIM TEMİNATI	Günlük	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-
EK MADDİ DESTEK TEMİNATI	Yıllık	(8)	100	(8)	GEÇERSİZ	-	GEÇERSİZ	-

GEÇERLİ (1): Yurt İçi Anlaşmalı Sağlık Kurumu teminat limiti dahilinde geçerlidir.
GEÇERSİZ: Teminat verilmemiştir.

- (1) Uzman Network uygulaması www.allianzsigorta.com.tr adresinde Anlaşmalı Kurumlar kapsamında "Muayenehane Hekimi" olarak belirlenen anlaşmalı doktor muayenehanelerinde geçerlidir.
- (2) Hamilelik ve Doğum teminatı limiti kapsamındadır.
- (3) Allianz SGK anlaşmalı sağlık kurumları (ST) yatarak tedavi teminatından ödenir.
- (4) Allianz SGK anlaşmalı sağlık kurumları (ST) hamilelik doğum teminatından ödenir.
- (5) Diş Hekimi muayenesi, detartraj (diş taşı temizliği - alt ve üst çene), diş röntgen filmi (tbben gerekli ise), VIP randevu organizasyonu
- (6) Allianz SGK anlaşmalı sağlık kurumları (ST) ayaktan tedavi teminatından ödenir.
- (7) Kontrol Mamografi, sadece bu teminata özel anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir.
- (8) Ek maddi destek teminatı yıllık 50.000 TL ve işbu özel şartlarda belirtilen kategori limitleri kapsamındadır.

Sağlık giderlerinin adil ve doğru yönetimi Şirketimiz için büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede sigortalılarımızın da, teminat limitlerinin yeterliliği ve sonraki yıl prim artışlarının makul düzeyde gerçekleşmesini sağlayabilmek amacıyla, benzer hassasiyeti göstermelerini beklemekteyiz.

Aşağıda belirtilen konular sağlık sigortanızdan faydalanmanızda yol gösterici olacaktır.

- Anlaşmalı sağlık kurumlarımızdan indirimli ve doğrudan ödeme hizmeti alabilmeniz için, sizin ve sigorta kapsamında yer alan eş ve çocuklarınız (aile bireyleri) için birer Allianz Sağlık Kartı düzenlenmiştir. Allianz Sağlık Kartı, resimli kimlik belgeniz ile geçerli olacaktır. Anlaşmalı sağlık kurumlarında Allianz Sağlık Kartı ile provizyon alınarak, teminat kapsamındaki tedavi giderlerinizin varsa size düşen katkı payı dışındaki kısmı, Allianz Sigorta tarafından doğrudan kuruma ödenecektir. Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası yenilediği sürece geçerliliğini koruyan Allianz Sağlık Kartının kaybedilmesi/çalışması/manyetik alanında sorun olması nedeniyle kullanılamaması durumlarında 0850 755 15 15 numaralı Müşteri Hizmetleri'ne bilgi verilmesini takiben, en kısa sürede yeni Allianz Sağlık Kartı gönderilecektir.
- Acil sağlık durumlarında veya ambulans hizmetinden yararlanmak için 24 saat ulaşılabilen Allianz Sigorta Müşteri Hizmetleri'ni (0850 755 15 15) aramanız yeterlidir.
- Teminat ve güncel sağlık gideri kullanım bilgilerinize www.allianzsigorta.com.tr adresinde "Online İşlemler" menüsü altındaki "Bireysel Giriş" adımıyla ulaşabilirsiniz. İlk defa kullanım için belirtilen bilgiler girilerek yeni üye kaydı yapılmalı, şifre alınmalıdır.
- Sigorta teminat limitleri ailenin her bireyi için ayrı ayrı geçerli olup, kişiler arası transfer edilemez.
- Sağlık kurumları ile ilişkilerinizde bu kurumları Sigorta Şirketiniz adına ve kendi menfaatiniz doğrultusunda denetleyiniz. Gerekli gördüğünüz durumlarda Allianz Sigorta'yı haberdar ediniz. Gereksiz ve/veya aşırı ücretli

işlemler teminat limitlerinizin yetmemesine neden olacaktır.

- Ameliyat gerektiren sağlık durumlarında, özel doktorunuzla ameliyat ücretini görüşerek, ameliyatın gerçekleşeceği hastanedeki anlaşmalı doktor ücreti ile kıyaslamanız, makul değil ise ücreti sorgulamanız, teminat limitlerinizin yeterliliği/sağlık giderlerinin kontrolü açısından önemlidir.

- Acil sağlık koşulları hariç olmak üzere, yatarak tedavilerde Şirketimizin yatıştan en az 24 saat önce onay işlemleri için bilgilendirilmesi gerekmektedir.

- Fatura ve makbuzların tedavi gören kişinin adına alınması ve bu belgelerin tedavi gören sigortalı adına düzenlenmiş "Tedavi Masrafları Talep Formu"na eklenmesi gerekmektedir.

- Şirketimizde sigorta kapsamına alındığınızda gönderilen Mevcut Tedavi Masrafları Talep Form'ları veya fotokopileri kullanılabilir gibi, yeni form basımı www.allianzsigorta.com.tr adresinde "Online İşlemler" menüsü altındaki "Bireysel Giriş" adımından ulaşılabilecektir. Bu form ayrıca Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı üyeleri için oluşturulan 0850 755 15 15 numaralı Müşteri Hizmetlerinden de talep edilebilir.

- Tedavi Masrafları Talep Formu ve ekindeki belgeler, çalışmakta olan sigortalılarımızın Şirket birimleri tarafından düzenlenerek listeye birlikte Allianz Sigorta'ya ulaştırılacaktır. Yapılan tazminat ödemesinin detaylarını içeren listeler ile eksik belge vb. nedenle evrakları iade edilen sigortalıların bilgileri de Allianz Sigorta tarafından aynı şekilde Şirket birimlerine gönderilecektir. Bu sebeple ödemelerle ilgili bilgiyi Şirketinizin ilgili biriminden temin edebilirsiniz. Şirket yetkilinizin bilgisi dışında bireysel olarak gönderilen faturalar işleme alınamayacaktır. İsteğe bağlı üyeliği devam eden ve emekli aylığı alan üyeler ise, sağlık giderlerini Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde, bu kılavuzun arkasında adresi belirtilen Allianz Sigorta Sağlık Tazminat Departmanı'na göndermelidir.

- Doktor muayenehanelerinde kredi kartı ile yapılan ödemelerde, tedavi gören sigortalıdan farklı kişinin kredi kartından ödeme yapılması ve makbuz/fatura düzenlenmemesi durumunda, POS slip'inin Allianz Sigorta tarafından değerlendirilmeye alınabilmesi için, bu slip'in arkasına tedavi gören sigortalının adı yazılarak doktor tarafından kaşelenip imzalanmalıdır.

- Üniversite Hastaneleri'nden alınan vezne alındılarının işleme alınabilmesi için detaylı fatura dökümlerini lütfen ekleyiniz ve vakıf konumundaki sağlık merkezlerinin vermiş oldukları başış makbuzlarını ise mutlaka kaşeletiniz.

- Her türlü rahatsızlık için öncelikle Şirketinizin İşyeri Hekimine müracaat edilmelidir. SGK'dan alınması mümkün olan ilaçların Şirketinizin İşyeri Hekimleri vasıtasıyla SGK'dan temin edilmesini sağlayınız.

- Her türlü kaza ve ağır hastalık sonucu yatarak tedavisi gereken üyelerin, tedavinin başlangıcında Şirketleri tarafından mutlaka SGK kullanımı sağlanmalıdır. Bu durumda üyeye SGK tarafından geçici iş görmezlik ücretinin ödenmesi, kısmi veya daimi maluliyetin oluşması halinde durumun tespiti, ilgili raporların elde edilmesi ve ayrıca tedavi giderlerinin de yasal limitler dahilinde SGK tarafından karşılanması sağlanmış olacaktır. Benzer şekilde diğer aile bireylerinin de SGK kullanımına öncelik vermesinde fayda bulunmaktadır.

- Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı (Koç Vakfı) Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamından çıkan sigortalılar, sağlık sigortası kapsamında yer alan tüm aile bireyleri ile birlikte olmak kaydı ile, çıkış tarihinden en geç 30 gün içerisinde Allianz Sigorta'ya bireysel sağlık ürünlerinden biri ile sigortalılıklarını devam ettirmek üzere başvuru yapabilir. Bireysel sağlık sigortası başvurularında, Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış olan sigortalılar için Sertifika şartları geçerli olacaktır. Henüz bu hakka sahip olmayanlar için tüm aile bireyleri ile birlikte başvuru şartı aranmayacak, ancak tercih ettikleri bireysel sağlık sigortası Özel ve Genel Şartları çerçevesinde standart risk değerlendirmesi yapılacaktır.

- Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında olup herhangi bir nedenle Şirketimizden ikinci poliçe olarak bireysel veya kurumsal poliçeye başvuran sigortalılar için yapılacak değerlendirme sonrasında, sağlık beyanı, doktor muayene raporu ve ek tetkikler istenebilir. Yapılacak medikal değerlendirme sonucu kişinin bazı hastalıkları teminat kapsamı dışında bırakılabilir, limitlendirilebilir, ek prim istenebilir veya kişinin sigortalanmaması kararı alınabilir.

- Poliçe yılı içinde, sigorta hizmetlerini suistimale yönelik davranışta bulunduğu tespit edilen sigortalı, Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında bulunan aile bireyleri ile birlikte 4 yıl süre ile sağlık sigortasından yararlanma hakkını kaybedecektir.

- Sigorta Şirketi'nin sigortalıların sağlık durumu ile ilgili Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, SGK, Sağlık Bakanlığı ile her türlü özel ve resmi sağlık kurumları, doktor ve diğer ilgili yerlerden bilgi ve belge alma hakkı saklıdır.

- Poliçe yılı içinde verilen hizmetlerden; Kazançlı Network Uygulaması ile ilgili detaylı bilgi "Kazançlı Network Uygulaması" ve "Kazançlı Network Kurumları"nda başlıkları altında; Uzman Network ile ilgili detaylı bilgi "Doktor Muayene" başlığı altında yer almaktadır.

Karma Grup Özel Sağlık Sigortası Uygulaması

- Karma poliçe ile; ayakta tedavi giderleriniz için tüm branşlarda SGK ve aynı zamanda Allianz Sigorta ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşması bulunan sağlık kurumlarını tercih etmeniz durumunda, yapılacak işlemler Şirketimiz tarafından %100'lü olarak karşılanacak olup, bu işlemler için ödeyeceğiniz tutar sadece zorunlu SGK katılım payı olacaktır.

- Söz konusu sağlık kurumlarında görev yapan ancak SGK ile anlaşması bulunmayan doktorlara ait tüm sağlık giderleri ise poliçede belirtilen teminat ve limit dahilinde %25 sigortalı katılım payı ile karşılanacaktır.

- Koç Vakfı Karma Özel Sağlık Sigortası'nın Tamamlayıcı Sağlık Sigortası olmadığını; Allianz Sigorta'nın anlaşmalı olduğu tüm sağlık kurumlarında geçerli olduğunu; sadece bu kurumlardan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

anlaşması bulunanlarda, SGK'nın işleyişe dahil edildiğini vurgulamak isteriz.

- Bu çerçevede sigortalılarımızın %25 katılım yerine SGK tarafından belirlenen yasal katılım payının ödemesi sağlanırken, SGK anlaşmalı kurumlarda daha uygun fiyat anlaşmalarımız bulunduğundan, limitli teminatlarınızın kullanımında da avantaj sağlanmış olacaktır.

Kazançlı Network Uygulaması

Kazançlı networkte yer alan kurumlardan katılım payı ödemeksizin faydalanılabilmektedir.

Kazançlı Network Kurumları'nda;

Ayakta Tedavi Teminatı (Tahli, Röntgen, İleri Tanı Yöntemleri) teminatı tazminatlarınız için ödeme oranı %100 olarak uygulanacaktır.

Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı'nın 22.10.1996 tarihinde yapılan Genel Kurul toplantısında, Vakıf Resmi Senedinin 52. maddesi değiştirilerek Vakfın üyelerine sağladığı hizmetler arasına sağlık sigortası da eklenmiş, 1 Ocak 1997 tarihi itibarıyla Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası yürürlüğe girmiştir. 1 Ocak 2018 tarihi itibarıyla yenilenen Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası uygulama açıklamaları bilgilerinize sunulmaktadır.

1. Sigortalı Olma Koşulları

1.1. Kimler sigortalı olabilir?

Koç Vakfı üyesi olmak kaydıyla, Koç Topluluğu'na bağlı Şirketlerde çalışan ve çalışacak olan tüm personel ve aile bireyleri sigortalı olabilmektedir. Koç Vakfı üyeleri, üye oldukları tarihi takip eden ayın başından itibaren eş ve 24 yaşını doldurmamış bekar çocukları da dahil olmak üzere sağlık sigortasından yararlanabileceklerdir. Üyenin kendisi kapsamda olmadan eşi ve çocuğu kapsama alınamamaktadır.

1.2. Kıdem Grupları

Vakıf kıdemleri aşağıdaki gibidir:

Kıdem Grubu	Vakfa Üyelik Süresi
1. Kıdem Grubu	181 ay ve üzeri
2. Kıdem Grubu	0 - 180 ay

Kıdem grupları dahilinde sağlanacak olan sağlık sigortası teminatları, limitleri ve diğer şartları ile üyelerin aylık eşit taksitlerle ve Şirketleri vasıtasıyla ödeyecekleri katkı payları, her yıl poliçe yenileme dönemleri itibarıyla Vakıf Yönetim Kurulu tarafından tespit edilerek Şirket ve üyelere duyurulacaktır.

Vakıftaki üyeliği 36 ayı dolmamış olan personel, bu süreyi doldurana kadar, 2. kıdem grubu için geçerli olan teminatlardan isteğe bağlı olarak yararlanabilir. Bu durumda, aylık taksitlere bağlanmış sigorta priminin tamamını kendisi ödeyebileceği gibi Vakıf katılım payı kadar kısmı şirketi tarafından karşılanabilir.

1.3. Üyenin Eş ve/veya Çocuğunun da Vakıf Üyesi Olması Durumu

Personel ve eşin Koç Grubu'nda çalışıp her ikisinin de Vakıf'a üyelikleri var ise; kıdemi az olan üye, diğerinin kıdem grubundan eş statüsünde yararlanacaktır. Vakıf üyesi çocuk ise kendi kıdem süresi üzerinden hak edilen teminat grubu içinde personel statüsünde yararlanacaktır.

2. Vergi Avantajı

• Üyelerin katkı payları ile isteğe bağlı olanların sigorta prim taksitleri, her ay brüt maaşlarına ait vergi matrahlarından, 4697 sayılı Bazı Vergi Kanunlarında Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 4. ve 7. maddeleri ile Gelir Vergisi Kanunu'nun 63. ve 89. maddelerinde yapılan değişiklik uyarınca, gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırlarına ilişkin açıklamaların yer aldığı söz konusu maddelerde, 29.06.2012 tarih ve 28338 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 6327 sayılı "Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile yeni düzenlemeler getirilmiştir.

• 01.01.2013 tarihinden itibaren yürürlüğe giren yeni düzenleme ile birlikte ücretliler için ödendiği ayda elde edilen brüt gelirin %15'i ile sınırlı olmak; Beyana Tabi Mükelleflerde ise, beyan edilen brüt gelirin %15'i ile sınırlı olmak ve her iki grup bakımından da, yıllık olarak asgari ücretin yıllık tutarını aşmamak üzere, üyelerin katkı payları ile isteğe bağlı olanların sigorta prim taksitleri, her ay brüt ücretlerine ait vergi matrahlarından veya gelirlerinden indirilebilecektir.

• Bu işlem sonucunda gelir vergisi kesintisi azalacağı için, ödenen katkı paylarının üyenin içinde bulunduğu gelir vergisi dilimi oranındaki kısmı net ücret artışı olarak geri dönmüş olacaktır.

3. Tanımlar

Sigortacı

İlgili branşlarda faaliyet ruhsatı bulunan, Türkiye'de

kurulmuş sigorta şirkettir. İşbu Özel Şartlar'a tabi düzenlenen sağlık sigorta poliçelerinde Sigortacı Allianz'dır.

Sigortalı

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan, poliçede ismi yazılı, Türkiye'de ikamet eden ve / veya TCKN veya YKN'na sahip personel/ eş (kanunen evli olunan kişi) / çocuk (personelin velayeti altındaki çocukları) konumunda sigortalı kişi/kişilerdir.

Sigorta Ettiren (Akit)

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

Sağlık Hizmet Tarifesi

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

Genel Sağlık Sigortası ("GSS")

31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun ("Kanun") 98. maddesine dayanılarak hazırlanan ve Kanun'un 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

Sağlık Uygulama Tebliği ("SUT")

Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

İlave Ücretler

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen

oranı geçmemek kaydıyla Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden/ sigortalılardan alınabilecek fark ücretleridir.

Triyaj Uygulaması

Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır.

Sağlık Kurumu

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumu ("AK")

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

Anlaşmalı Sağlık Kurumları Ağı ("NETWORK")

Network, Sigorta Ettiren tarafından tercih edilen poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarını ifade eder.

İşbu özel şart kapsamında iki network uygulaması bulunmaktadır. Özel Sağlık Sigortası Anlaşmalı Sağlık Kurum Ağı (S) ve Tamamlayıcı Sağlık Kurumları Ağı (ST) ile belirtilmektedir. İşbu network kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen plan/ lar, teminatlar, limitler, ödeme yüzdeleri, muafiyetler kapsamında işbu "Özel Şartlar" dahilinde değerlendirilir.

Anlaşma Harici Sağlık Kurumu ("AHK")

Sigorta Ettiren'in, poliçelerde tercih etmiş olduğu Network dışında yer alan veya Allianz ile anlaşması olmayan sağlık kurumlarıdır.

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

Yurtdışı Sağlık Kurumu ("YD")

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

Sağlık Gideri

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 giderlerdir.

Tazminat

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

Provizyon / E-Provizyon

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

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

Tahakkuk

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

Doğrudan Ödeme

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

Sonradan Ödeme

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

Tedavi Masrafları Talep Formu ("TMT Formu")

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

İstisna

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

Limit Uygulaması

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

Ana veya alt teminatlar Yurt İçi Anlaşmalı Sağlık Kurumları (AK) için limitli ise, bu limit Anlaşmasız Sağlık Kurumları (AHK) ve (poliçede yurtdışı teminatının bulunması durumunda) Yurt Dışı Sağlık Kurumları (YD) için ortak limit olup gerçekleşen tazminat ödemeleri toplamı ilgili teminatın brüt AK limitinden düşülerek kullanılır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

Ödeme Oranı ve Sigortalı Katkı Payı

Ödeme oranı, teminat limiti dahilinde Sigortacının tazminat miktarı üzerinden ödemekle yükümlü olduğu orandır. Bu oranı %100'e ulaştıran fark oranına sigortalı katkı payı denir.

Örneğin, sigortalı katkı payı olmayan, ödeme oranı %100 olan teminat için, teminat limitine kadar olan harcamanın tümü Allianz Sigorta tarafından karşılanır. Sigortalı katkı payı %25, Allianz Sigorta ödeme oranı %75 olan teminat için ise, sağlık giderinin %25'i sigortalı tarafından karşılanırken yıllık teminat limitine kadar olan kısmın %75'i Allianz Sigorta tarafından ödenir (Sağlık harcamaları sonucu yıllık limit dahilinde ödenecek tutar için, KDV dahil fatura tutarı esas alınır).

Sosyal Güvenlik Kurumu Katılım Payı ("SGK Katılım Payı")

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda öngörülen ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutarı ifade eder.

Muafiyet

Tazminat ödemesine konu sağlık giderinin Sigortalı tarafından üstlenilen kısmıdır. Muafiyet, türüne göre Sigortacı'nın sorumluluğu başlamadan uygulanabileceği gibi her işlemde ya da belirli limit aralıklarında da uygulanabilir.

Kalan Limit Hesaplaması

Kalan limit, police üzerinde belirtilen brüt limitten ("limit"), sigortacı tarafından ödenen tazminat tutarları ile sigortalı tarafından karşılanan muafiyet ve katılım payı tutarları toplamının düşülmesi ile hesaplanır. SGK tarafından alınan katılım payı bu hesaplamanın dışındadır.

Hastalık Ek Primi

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

Yaş

Sigorta sözleşmesinde yer alan Sigortalılar'ın, police başlangıç yılı ile Sigortalılar'ın doğum yılı esas alınarak yapılan yaş hesabıdır. Sözleşme süresince başlangıçta hesaplanan risk yaşı geçerlidir.

4. Poliçeye Giriş, Çıkış İşlemleri ve Sigortalı (Üye) Durumundaki Değişiklikler

4.1. Kıdem Değişikliği

Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortasından üyelik süresine göre belirlenen kıdem grupları dahilinde yararlanan üyelerin, police dönemi içinde yeterli kıdem süresine ulaşmaları durumunda, bir üst kıdem grubuna geçişi bir sonraki police yenileme döneminde olacaktır. (Takip eden yılın Ocak ayı kıdemi baz alınır.)

4.2. Koç Holding Şirketleri Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi ile Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası Arası Geçişler

Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası kapsamında sigortalanan kişiler, 01.01.2018 itibarıyla Koç Holding Şirketleri Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) kapsamını tercih edebileceklerdir. Koç Holding Şirketleri

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamını tercih eden sigortalılar, sadece bir defaya mahsus olmak üzere 01.01.2019 tarihinde tekrar Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası poliçesine geçiş yapabilecektir. Ancak 01.01.2019 tarihinden sonra Koç Holding Şirketleri Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamını tercih eden sigortalılar, 4 yıl boyunca Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası poliçesine geçiş yapamayacaklardır. Geçişler sadece vade tarihlerinde yapılacaktır. Ürünler arası geçişte, sigortalı için son tercih edilen ürün özel şartları geçerlidir.

Koç Holding Şirketleri Tamamlayıcı Sağlık Sigortası veya Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası'nda kazanılmış Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı bu ürünler arası geçişte devredilir. Henüz Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanılmamış ise son bulunan ürün özel şartlarına göre değerlendirme yapılacaktır. Allianz'daki toplam sigortalılık süresi dikkate alınarak yenileme garantisi değerlendirilmesi yapılacaktır.

Örneğin:

Daha önce sigortası olmayıp, 01.01.2018 tarihinden 01.01.2020 tarihine kadar 2 yıl süre ile ilk defa TSS'de yer alan sigortalı, 01.01.2020 tarihinde Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası'nı tercih etmesi durumunda, 01.01.2021 tarihinde 3 yıllık sigortalılık süresini dolduracaktır. Bu tarihte Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olacaktır.

01.01.2018 tarihinden 01.01.2020 tarihine kadar 2 yıl süre ile Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası'nda yer alan sigortalı, 01.01.2020 tarihinde TSS'yi tercih etmesi durumunda, 01.01.2021 tarihinde 3 yıllık sigortalılık süresini dolduracaktır. Bu tarihte TSS kapsamında, son 3 yıl hasar prim oranının %75 ve altında olması durumunda TSS kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanmış olacaktır.

Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortasında kazanılmış Allianz Bebeği hakkı Koç Holding Şirketleri Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na geçişte taşınmaz, ancak Allianz bebeği olup 01.01.2018 tarihinde ilk defa Koç Vakfı

Karma Grup Sağlık Sigortası'ndan TSS'ye geçen sigortalıların, 01.01.2019 tarihinde tekrar Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası'na geçiş yapması halinde bu hak devam edecektir.

4.3. Yenidoğan Çocukların Sigorta Kapsamına Dahil Edilmesi

Sigorta kapsamındaki üyelerin yeni doğan çocuklarının giriş bildirimlerinin en geç doğumu takip eden 3 ay içerisinde bildirilmesi gerekmektedir. Bu sürede bildirilen yeni doğan bebeklerin, doğum tarihi itibarıyla poliçeye girişleri yapılacaktır.

Bu sürenin aşılması durumunda ise başvurunun yapıldığı aybaşı itibarıyla kapsama alınacaktır. Bu konumda sigorta kapsamına alınan bebeklerin sigorta kapsamına alındığı tarihten sonraki sağlık giderleri poliçe şartları ve teminatları dahilinde karşılanacaktır. Allianz Bebeği: Allianz Sigorta A.Ş. Karma Grup Sağlık poliçesi kapsamında en az 1 tam yıl sigortalılığı olan personelin yeni doğan (01.01.2015 tarihinden itibaren) bebeklerinin, doğum tarihinden itibaren 30 gün içinde poliçeye girişinin talep edilmesi durumunda "Allianz Bebeği" olarak poliçeye dahil edilecektir.

4.4. Poliçeye Giriş ve Çıkış İşlemleri

Poliçeye giriş ve çıkışlar, aşağıda belirtilen işlemlerin haricinde, yalnız poliçe başlangıç tarihi (poliçe yenileme dönemi) itibarıyla yapılacaktır.

Aşağıda sıralanan durumlarda ise, değişikliğin olduğu tarihi izleyen ayın başından itibaren poliçe dönemi içinde gereken giriş/çıkış işlemi yapılacaktır:

- Vakfa yeni üye olanlar ile Poliçe dönemi içinde Vakıf üyeliği 36. ayını dolduranların 2.kidem grubuna yapılacak girişleri,
- Aktif üyelerin İsteğe Bağlı veya Emekli Üye statüsüne geçişleri,
- Koç Topluluğu içinde Şirket değiştirme nedeniyle yeni Şirket kapsamına geçiş (Nakil işlemleri),
- Vakıf üyeliğinden ayrılma nedeniyle çıkış,

e. Askerlik nedeniyle çıkış ve giriş,

f. Evlilik nedeniyle eş girişi, (Evlenmeyi takip eden ay başından itibaren kapsama alınırlar. Bu sürenin aşılması durumunda evlilik nedeniyle eş girişleri poliçe dönemi içinde, Vakfa bildirildiği tarihi takip eden ay başından itibaren kapsama dahil edilecektir.)

g. Üyeler arasındaki evlenme;
Eşlerden kıdemi daha az olan diğerinin kıdem grubu içinde ve eş statüsünde devam edecektir. Önceki evliliklerinden çocukları bulunan Vakıf üyelerimizin; birbiriyle evlenmeleri durumunda her biri, iş akdi devam ettiği müddetçe ait olduğu işletme üzerinden ve kendi kıdem grubundan, çocuklarıyla birlikte sağlık hizmeti alabileceklerdir. Üyelerden birinin iş akdinin sona ermesi durumunda, işini kaybeden üye, diğeri üzerinden eş statüsü ile hizmet almaya devam edebilecek, ancak üyenin önceki evliliğinden olan çocuğu hizmetten yararlanamayacaktır.

h. Çocukların 24 yaşını doldurması/evlenmesi/askerliği nedeniyle çıkış,

ı. Boşanma nedeniyle çıkış,

i. Üyenin vefatı nedeniyle çıkış;
Üyenin vefatı halinde, sigortalı eş ve çocuklarının teminatı 90 gün için primsiz olarak devam ettirilecektir.

j. Eş/çocuk vefatı nedeniyle çıkış,

k. Sağlık sigortasından yararlanma hakkının sona ermesi sigortanın poliçe şartları dışında kullanılması;
Sigortalılar, kendilerine sağlanan bu imkanları, poliçe şartları dışında kullanmaları veya kullandırmalarının tespit edilmesi halinde, eş ve çocukları da dahil olmak üzere 4 yıl boyunca sağlık sigortasından yararlanma hakkını kaybedeceklerdir.

l. Çalışan üyelerin sağlık sigortasından yararlanma hakkından vazgeçmesi;
Sağlık sigortasından yararlanmakta olan üyeler, Vakıf üyeliğinden ayrılmadıkları müddetçe sağlık sigortası kapsamından, poliçe yenileme dönem sonlarından önce ayrılmazlar. Şirketlerine yaptıkları yazılı beyanlarına

istinaden, dönem sonunda sağlık sigortasından yararlanma hakkından vazgeçerek sistemden ayrılan üyeler, eş ve çocukları da dahil olmak üzere, 4 yıllık poliçe dönemi geçmedikçe tekrar sağlık sigortasından yararlanamazlar.

m. Emeklilik nedeniyle ayrılma

5. Emekli Aylığı Alan, İsteğe Bağlı Olarak Üyeliği Devam Eden ve Vakıf'tan Ayrılan Üyelerin Sağlık Sigortasından Yararlanması

5.1. Vakıftan Emekli Aylığı Alan Üyeler

Vakıf'tan emekli aylığı almaya hak kazanan üyeler, sigorta katkı payları kendileri tarafından karşılanmak ve kaldıkları kıdem grubundan devam etmek üzere eşleri ile birlikte Vakıf Resmi Senedi'nde belirtilen yaş sınırları çerçevesinde "Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası"ndan yararlanırlar. Bu üyeler isterlerse, 24 yaş ve altındaki bekar çocuklarını toplam poliçe bedellerini kendileri ödemek kaydıyla "Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası" kapsamında 2018 öncesi kıdem yapısı esas alınarak, ilgili ürün için belirlenen sigorta primleri üzerinden sigorta ettirebilirler.

Vakıf'tan emekli aylığı alarak Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan yararlanmakta olan emekli üyeler Vakıf'tan ayrılmadıkları müddetçe sağlık sigortası kapsamından poliçe yenileme dönemine kadar ayrılamazlar. Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan yararlanma hakkından vazgeçerek kapsamdan ayrılan emekli üyeler, 4 yıllık poliçe dönemi geçmedikçe tekrar sigorta kapsamına giremezler. Sigorta kapsamından çıkan üyelerin sadece bir kez daha kapsama girme hakları bulunmaktadır.

Vakıf ile olan bağları emekli aylığı alarak devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları, bu konularının değiştiği tarihteki son Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında bulunan mevcut olan aile bireylerini kapsar (yeni konularında meydana gelen medeni hal değişiklikleri ile yeni doğan çocuklar hariçtir). Emekli aylığı alan üyelerden, birikmiş toplu ödemelerini talep ederek Vakıf ile olan bağlarına son verenlerin Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası ile olan ilişkilerine de son verilir. Ancak bu üyeler ayrılış tarihlerinden itibaren

en geç 30 gün içinde Allianz Sigorta'ya müracaat ederek Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamına girebilirler.

Vakıftan emekli aylığı alan üyenin vefatı halinde, eş ve çocukların grup poliçesinden ayrılma tarihinden itibaren 30 gün içinde başvuru yapılması koşulu ile eş ve çocukların Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası alma hakkı devam edecektir. Bu durumda poliçeye devam eden eş ve çocukların poliçe yenilemelerinde eş ve çocuk primleri üzerinden yenileme yapılacaktır.

5.2. Vakıfta İsteğe Bağlı Üye Olanlar

Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı Resmi Senedi'nde belirtildiği gibi üyelik kıdemleri 180 ay ve üzerinde bulunan ancak emekli aylığı almak için gerekli olan yaş şartlarını doldurmamış üyeler, çalıştıkları Şirketten ayrılmaları veya çalıştıkları Şirketin Vakıf ile ilişkisinin kesilmesi durumunda, isteğe bağlı olarak üyeliklerini devam ettirme hakkına sahiptirler. Bu üyelerin talep etmeleri halinde emekli aylığı almak için geçerli olan yaş sınırlarını dolduruncaya kadar eş ve çocukları (24 yaş ve altındaki bekar çocukları da kapsar) ile sigorta katkı payları kendileri tarafından karşılanmak ve kaldıkları kıdem grubundan devam etmek üzere Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan yararlanabilirler.

Sağlık sigortasından yararlanmakta olan bu üyeler, isteğe bağlı üyelikten ayrılmadıkları müddetçe sağlık sigortası kapsamından, poliçe yenileme dönemine kadar ayrılamazlar. Dönem sonunda sağlık sigortasından yararlanma hakkından vazgeçerek sistemden ayrılan üyeler, eş ve çocukları da dahil olmak üzere, 4 yıllık poliçe dönemi geçmedikçe tekrar sigorta kapsamına giremezler. Sigorta kapsamından çıkan üyelerin sadece bir kez daha kapsama girme hakları bulunmaktadır. Vakıf ile olan bağları isteğe bağlı üye konumunda devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları bu konularının değiştiği tarihteki son Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'nda mevcut olan aile bireylerini kapsar (yeni konularında meydana gelen medeni hal değişiklikleri ile yeni doğan çocuklar hariçtir).

İsteğe bağlı üyelerden, birikmiş toplu ödemelerini talep

ederek Vakıf ile olan bağlarına son verenlerin Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası ile olan ilişkilerine de son verilir. Ancak bu üyeler ayrılış tarihlerinden itibaren en geç 30 gün içinde Allianz Sigorta'ya müracaat ederek Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamına girebilirler.

6. Vakıftan Ayrılan Üyeler

6.1. 01.01.2007 Sonrası Değiştirilen Resmi Senet Madde 45-l'ya Göre (Yeni Sistem) Hak Kazanan Üyeler

Son 4 yıldan beri kesintisiz olarak Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan hizmet almakta olan Vakıf üyelerinden, Vakıf Resmi Senedine göre hem yaş (erkeklerde 55, kadınlarda 50) hem de kıdem (en az 180 ay) şartlarını yerine getirmesine rağmen emekli aylığı yerine toptan ödemesini alarak Vakıftan ayrılanların, talep etmesi halinde ayrılış tarihlerinden itibaren, Allianz Sigorta tarafından sunulan "Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası" kapsamına girmeleri mümkündür. Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamında devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları, bu konularının değiştiği tarihteki mevcut olan aile bireylerini kapsar. (Medeni hal değişiklikleri nedeniyle yeni eklenecek eşler ve yeni doğan çocuklar Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamında yer almayacaktır.) Bunun için Vakıftan ayrılış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Allianz Sigorta'ya başvurulmalıdır.

Bu kişiler, Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı Resmi Senedi'nin (01.01.2007 tarihinde değiştirilen yeni şekline göre) 45. Madde 1. Bendi (j) bölümü ile aynı maddenin 2. bendi (g) bölümünden yararlananlar (çocuklar dahil) için uygulandığı gibi, kaldıkları kıdem grubu teminatlarından devam etmek ve bu grup için belirlenmiş olan sigorta bedellerini kendileri ödemek koşuluyla, sigorta hizmetinden yaş sınırı olmaksızın yararlanmaya devam edebileceklerdir.

Ancak, 1. Kıdem Grubunda yer alan kişiler için, yukarıda belirtilen süre içinde Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası'nı almak üzere başvuramazlarsa, Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Poliçesi'ne verilen özel haklardan (mevcut hastalıkların kabulü gibi) yararlanamayacaklardır. 30 günlük sürenin aşıldığı, ancak başvurunun 90 gün içerisinde yapıldığı durumda,

2. veya 3. kıdem grubu teminatlarından birini seçmek suretiyle Koç Vakfı emeklisi statüsünde Koç Vakfı Emeklisi statüsünde kapsamında sigortalanmaları mümkün olacaktır.

Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamında sigortalının vefatı halinde, vefat tarihinden itibaren 30 gün içinde başvuru yapılması koşulu ile eş ve çocukların poliçe satın alma hakkı devam edecektir. Bu durumda poliçeye devam eden eş ve çocukların poliçe yenilemelerinde eş ve çocuk primleri üzerinden yenileme yapılacaktır.

6.2. 01.01.2007 Öncesi Uygulanan Resmî Senet Madde 45-l'ya Göre (Eski Sistem) Hak Kazanan Üyeler

Son 4 yıldan beri kesintisiz olarak Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan hizmet almakta olan Vakıf üyelerinden, Vakıf Resmî Senedine göre hem yaş (erkeklerde 50, kadınlarda 45) hem de kıdem (en az 180 ay) şartlarını yerine getirmesine rağmen emekli aylığı yerine toptan ödemesini alarak Vakıftan ayrılanların talep etmesi halinde, ayrılış tarihlerinden itibaren Allianz Sigorta tarafından sunulan Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamına girmeleri mümkündür. Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamında devam edecek olan üyelerin sağlık sigortaları, bu konularının değiştiği tarihteki mevcut olan aile bireylerini kapsar. (Medeni hal değişiklikleri nedeniyle yeni eklenecek eşler ve yeni doğan çocuklar Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamında yer almayacaktır.) Bunun için Vakıftan ayrılış tarihi itibarıyla en geç 30 gün içinde Allianz Sigorta'ya başvurulmalıdır.

Bu kişiler, Koç Holding Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı Resmî Senedi'nin (01.01.2007 tarihinden önce uygulanan şekline göre) 45. Madde 1. Bendi (g) bölümü ile aynı maddenin 2. bendi (f) bölümünden yararlananlar (çocuklar dahil) için uygulandığı gibi, kaldıkları kıdem grubu teminatlarından devam etmek ve bu grup için belirlenmiş olan sigorta bedellerini kendileri ödemek koşuluyla, sigorta hizmetinden 70 yaşına kadar (yenileme döneminde 70 yaş dahil) yararlanmaya devam edebileceklerdir.

Ancak, 1. Kıdem Grubunda yer alan kişiler için, yukarıda

belirtilen süre içinde Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası'nı almak üzere başvuramazlarsa, Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Poliçesi'ne verilen özel haklardan (mevcut hastalıkların kabulü gibi) yararlanamayacaklardır. 30 günlük sürenin aşıldığı, ancak başvurunun 90 gün içerisinde yapıldığı durumda, 2. veya 3. Kıdem Grubu teminatlarından birini seçmek suretiyle Koç Vakfı emeklisi statüsünde Koç Vakfı Emeklisi statüsünde kapsamında sigortalanmaları mümkün olacaktır.

Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamında sigortalının vefatı halinde, vefat tarihinden itibaren 30 gün içinde başvuru yapılması koşulu ile eş ve çocukların poliçe satın alma hakkı devam edecektir. Bu durumda poliçeye devam eden eş ve çocukların poliçe yenilemelerinde eş ve çocuk primleri üzerinden yenileme yapılacaktır.

6.3. Kıdemi 180 Ayın Altında Olan Üyelerin Durumları

Vakıf üyeliğinin sonlandığı tarihte Vakıf kıdemi 180 ayın altında bulunan üyelerin Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortaları çıkış tarihleri itibarıyla sonlandırılır. Vakıf'tan ayrılan ve sigorta poliçeleri sonlanan bu üyelerin ayrılış tarihinden itibaren en geç 30 gün) içinde başvurmaları halinde Allianz Sigorta tarafından bireysel sağlık sigorta poliçesine geçişleri değerlendirilecektir.

6.4. Yurt Dışında Görevli Personelin Durumu

Vakıf üyelerinden yurt dışında görevlendirilen personelin (kıdemi 36 ay altında olup sigorta priminin tamamını isteğe bağlı olarak kendileri ödeyenler hariç) Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası poliçesinden yararlanmadığı durumda, Türkiye'de ikamete devam eden aile bireylerinin sigortası devam edebilecektir.

6.5. Personelin Expat Olarak Yurt Dışında Bulunması Durumu

Şirketimizdeki vakıf poliçesinde kazanılmış Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı olan kişinin expat olarak yurtdışına gitmesi ve yurtdışına bulunduğu süre içinde sağlık poliçesi olması koşuluyla, yurda döndükten sonra 30 gün içerisinde yeniden vakıf poliçesine giriş yapması durumunda kendisinin ve ailesinin kazanılmış hakları (Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı dahil) devam ettirilecektir.

6.6. Askerlik Dönüşü Sigorta Hak Devri

Personelin askerlik nedeniyle şirketinden ayrılması ve Sigorta Şirketine askerlik nedeni çıkışın bildirilmesi durumunda sağlık sigortasından çıkışı yapılacaktır. Askerlik dönüşünde en geç 30 gün içinde tekrar grup sağlık sigortası kapsamına başvurulabilecektir. 30 gün içerisinde başvuran ve Sigorta kapsamına kabul edilen personelin eski sigortalılık hakları; önceki Grup Sağlık Sigortası Başlangıç Tarihi, Ömür Boyu Yenileme Garantisi dikkate alınacaktır. (Askerlik dönüşü hak devrinin incelenebilmesi için askerlik terhis belgesinin iletilmesi gerekmektedir.)

7. Değişikliklerin Bildirilmesi ve Primlerin Ödenmesi

- Sağlık sigortası hizmetinden yararlanan üyelerin Vakıftan ayrılması halinde, üyelerin çıkış bilgileri hiç bekletilmeden vakıf portalına iletilecektir.
- Üyeler ay içinde hangi tarihte ayrıldıklarından bağımsız olarak, o ayın sonuna kadar sağlık hizmetlerinden yararlanacakları için, üyenin o aya ait sigorta primi tahsil edilerek Allianz Sigorta'ya ödenecektir.
- Üyelerin durumlarındaki diğer değişiklikler, (evlenme, boşanma, çocuk doğumu vb.) Şirketlerin ilgili bölümleri tarafından aylık olarak Vakıf'a bildirilecektir.
- Şirketler bildirimlerini, vakfın belirtilmiş olduğu tarihler arasında yapmalıdır. Bildirimlerin Vakıf portalı üzerinden elektronik olarak yapılması esastır.
- Allianz Sigorta, her ayın başı itibarıyla, Vakıf kanalıyla iletilen değişiklikler için gerekli ek poliçeyi (zeyilname) düzenleyerek belgeleri Şirketlere ulaştıracaktır. Bu belgelerde Vakıf, sigortalı ve Şirket katılımları ayrı olarak belirtilecektir.
- Şirketler, Allianz Sigorta tarafından hazırlanan zeyilnelere ve sigortalı personel listelerine göre gerekli kesintiler ile vergi avantajı düzenlemelerini bordrolaştırdıktan sonra, sigortalı/Şirkete ait aylık toplam sigorta prim payını, takip eden ayın en geç 10'una kadar Allianz Sigorta'nın Yapı Kredi Bankası Anadolu Yakası Kurumsal Şube (673) TR21 0006 7010 0000 0000 8144 23 numaralı hesabına yatıracaklardır.

8. Teminatlar

8.1 Allianz Sigorta ile Anlaşmalı (Allianz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumları Hariç) Özel Sağlık Kurumlarında Geçerli Olan Teminatlar:

(Teminat Tablosunda "S" Kolonunda Belirtilmiştir.)

8.1.1. Yatarak Tedaviler

Bu teminat, tıbben gerekli olması ve doktorun yatış nedenini ayrıntılı raporunda belirtmesi şartıyla Sigortalının, aşağıda detayları verilen ameliyatlı veya ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedavileri için, hastaneye yatış-çıkış dönemi içindeki doktor (operatör, asistan, anestezi uzmanı gibi), ameliyathane, tek yataklı standart hastane odası, yoğun bakım, yemek, refakatçi, ameliyat sırasında kullanılan her türlü tıbbi malzeme, ilaç ve tetkiklere (tahlil, röntgen vb.), ameliyat sonrası fizik tedavilere ilişkin sağlık giderleri, Yatarak Tedaviler teminatı kapsamında poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile geçerlidir.

Sigorta yılı içerisinde hastanede yatış süresi 180 gün ile sınırlıdır. Normal oda yatışları 1 gün, yoğun bakım yatışları ise 2 gün üzerinden hesaplanarak, toplam yatış süresi olan 180 günden düşülür.

8.1.1.1. Ameliyat

Tedavinin cerrahi müdahale ile mümkün olacağı doktor tarafından belgelenen ve tıbben ameliyat tanımına giren tedavi giderleri, vücut içi pompalar, kalp pili, ICD (kalp içi ritim düzenleyici), meme kanseri ve kaza sonucu estetik ameliyatları, memenin kanser tedavisi sonrasında uygulanacak protez giderleri, ESWT/ESWL (şok dalga tedavisi) giderleri, Mol Hidatiform ve Dış Gebelik operasyon giderleri "Ameliyat" teminatı kapsamında karşılanır.

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

Aynı seansta aynı veya ayrı kesi ile birden fazla cerrahi işlem yapılması ve aralarında teminat dışı kalan bir tedavinin bulunması durumunda toplam fatura (doktor ücreti dahil), "Sağlık Hizmet Tarifesi"ne göre oranlanarak

ödenen miktar bulunur. Teminat dışı kalan işlem için "Sağlık Hizmet Tarifesi"ne göre oranlanarak hesaplanan ödenmeyen kısım hasta payı olarak belirlenir.

8.1.1.2. Ameliyatsız Tedavi / Ortalama Günlük Tedavi

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

8.1.1.3. Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Sigortalının Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi teminatları kapsamında karşılanan bir kaza veya hastalığına ilişkin ameliyat veya yoğun bakım yatışı sonrasında, 60 gün içerisinde başlayan ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın teminat tablosunda belirtilen "Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon" teminatı kapsamında karşılanır.

Polİçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve ek rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen seans adedi ile sınırlıdır. Ancak Yatarak Tedavi Teminatının limitsiz olması durumunda Anlaşma Harici Sağlık Kurumlarında her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak değerlendirilir. Sadece fizik tedavi sebebi ile uzayan yatışlarda fizik tedavi dışındaki giderler karşılanmaz.

8.1.1.4. Evde Bakım ve Tedavi

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

8.1.2. Ambulans

Sigortalının, sigorta süresi içerisinde geçirdiği rahatsızlık veya yaralanma sonucu, tıbben hayati tehlike ile karşı

karşıya kalmasına yol açacak acil durumu nedeniyle en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için Allianz Sigorta tarafından organizasyonu yapılacak kara veya hava/ deniz ambulansı giderleri Ambulans Teminatı kapsamında karşılanır.

Sigortalı kara ambulansı organizasyonu için öncelikle Allianz Sigorta'nın 0850 755 15 15 numaralı Müşteri hizmetleri aramalıdır. Sigortalının sağlık durumunun aciliyeti nedeniyle 0850 755 15 15 numaralı telefonu arayamaması nedeniyle sair bir kurumdan kara ambulansı hizmeti alması durumunda da yukarıdaki şartlar geçerli olacaktır.

Sigortacı onayı alınmadan yapılacak kara ambulansı taşımalarında oluşan giderler, poliçede belirtilen Yurt İçi Anlaşmasız Kurum Limiti ve ödeme yüzdeleri dahilinde değerlendirilir.

Sigortalının tıbbi donanımı yeterli olan en yakın sağlık kurumuna karayolu ile ulaştırılmasının mümkün olmadığı durumlarda Sigortacı'ya detaylı tıbbi bilgilerin ulaştırılması ve Sigortacı'nın onayı dahilinde hava veya deniz ambulansı hizmeti Sigortacı tarafından verilir. Onay alınmadan gerçekleşen hava/deniz ambulansı/ hava yolu taşımaları sigortacı tarafından kabul edilmez.

Özel ya da tarifeli olarak yapılan hava/deniz yolu ulaşımına ait giderler bu teminat kapsamı dışındadır. Özellikle Türkiye'de mevcut uygulama kısıtları ve ambulans firmasının hizmetleri nedeniyle oluşacak herhangi bir aksaklık veya gecikmeden dolayı Allianz Sigorta sorumlu tutulamaz.

8.1.3. Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz

Kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz tedavi giderleri (hastane, ilaç, doktor ücreti) yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

8.1.3.1. Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz Tetkikleri

Ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve

komplikeasyonların takibi için gerekli olan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler ayakta veya yatarak yapılmasına bakılmaksızın bu teminat kapsamında karşılanır.

“Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz Tetkikleri” teminat limitinin aşılması durumunda bu tetkik giderleri, poliçede sigortalının ilgili Ayakta Tedavi veya İleri Tanı Yöntemleri Teminatı kapsamında ve şartlarında karşılanır.

8.1.4. Suni Uzuv

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu bir organın kaybolan fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan parmak, el, kol, bacak ve vücuda implante edilen cihazlardan; koklear implantlar, insülin pompası ve göz protezi gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile poliçede belirtilen “Sunî Uzuv” teminatı kapsamında karşılanır.

8.1.5. Küçük Cerrahi

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

Omurga ve disk hastalıklarına yönelik olarak uygulanan (faset sinir denervasyonu, radyofrekans termokoagülasyon, transforaminal epidural enjeksiyon gibi) ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, “Sağlık Hizmet Tarife” birimi ile yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, “Küçük Cerrahi” teminatı kapsamında karşılanır. Aynı seansta bir veya birden fazla cerrahi işlem yapılması durumunda, “Sağlık Hizmet

Tarifesi”nde değeri en yüksek olan işlem birimi dikkate alınarak teminat (Ameliyat ya da Küçük Cerrahi) belirlenir.

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

8.1.6. Tıbbi Malzeme

Sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel atel, elastik bandaj, ortopedik bot, tabanlık, korse, varis çorabı, boyunluk, dizlik, bileklik, dirseklik, kol askısı, oturma simidi, aerochamber, nebulizatör, rom walker, walker, koltuk değneği, alçı terliği, ürostomi torbası, kolostomi torbası, tekerlekli sandalye (doktor raporuyla kalıcı sakatlığın belgelenmesi durumunda) ve işitme cihazından (cihaz bakımı ve sarf bedelleri hariç) ibaret tıbbi malzemeler ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler bu teminat kapsamında poliçede belirtilen “Tıbbi Malzeme” teminatı kapsamında karşılanır.

Hastanede yatarak gerçekleşen veya evde bakım sırasında kullanılan ürostomi torbası, kolostomi torbası ile yanık veya yara tedavisinde kullanılan örtücü malzemeler ilgili teminatlar (Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi, Evde Tıbbi Bakım ve Tedavi, Küçük Cerrahi) dahilinde karşılanır.

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

8.1.7. Kontrol Mamografi

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü kadın sigortalıların yaptıracakları kontrol mamografiye ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere internet sitemizde yer alan “Özel Anlaşmalı Mamografi Tarama

Merkezlerinde" önceden randevu ve provizyon alınması koşuluyla, poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

8.1.8. PSA (Prostat Spesifik Antijen)

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü erkek sigortalıların yaptıracakları PSA taramaya ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere ve Anlaşmalı Sağlık Kurumunda yaptırılması durumunda poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

8.1.9. Kemik Yoğunluğu Testi

Poliçe başlangıç tarihinde 40 yaş ve üstü kadın sigortalıların yaptıracakları kontrol amaçlı kemik yoğunluğu testine ilişkin ücretleri, yılda bir defaya mahsus olmak üzere ve Anlaşmalı Sağlık Kurumunda yaptırılması durumunda poliçede belirtilen ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

8.1.10. Hamilelik ve Doğum

Hamilelik ve Doğum Teminatı poliçede çocuk konumunda sigortalananlar hariç olmak üzere tüm bayan sigortalılar için geçerlidir.

Normal doğum, sezaryen ve hamilelik (gebelik) komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler bu teminat limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hamilelik süresi içerisindeki hamilelik komplikasyonlarına bağlı yatışlar ([hiperemesis, abortus (zorunlu küretaj dâhil), preeklampsi gibi], lohusalıkla ilgili sağlık giderleri, doğum ve sezaryene ait komplikasyonlar) Normal Doğum Teminatı limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.

Hastanede yatmadan yapılan hamileliğin takibi (Gebelik öncesi TORCH tetkiki ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, HIV, amniosentez, NST, Down üçlü tarama vb.) ile ilgili giderler ise Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi ile Küçük Cerrahi Teminatı limit ve ödeme yüzdeleri dahilinde değerlendirilerek karşılanır.

Doğum teminatı için bekleme süresi olmayıp mevcut hamilelikler için de geçerlidir.

Doğumun ve/veya hamilelik komplikasyonlarına bağlı takip ve tedavilerin Anlaşmalı Sağlık Kurumunda, anlaşma harici bir doktor tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ödenecek doktor ücreti sigortalının tercih ettiği Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile sigortacı arasında belirlenen doktor ücretini aşamaz.

Aile planlaması yöntemlerinden kısırlaştırma (tüp ligasyonu, vaskotomi) ve spiral uygulaması ve bu uygulamaların komplikasyonları Doğum Kontrol Yöntemleri Teminatı kapsamında karşılanır. Hamilelik ve Doğum Teminatı limitinin bitmesi durumunda bu teminat her şekliyle son bulur. (Doğum kontrol hapı, hormon enjeksiyonları, kondom gibi diğer aile planlaması yöntemleri teminat kapsamı dışındadır.)

Yenidoğan ilk sağlık giderleri; muayene, kan testi, aşı, fenilketüneri, tiroid testi, kalça USG, işitme testi, göz muayenesi vb. bebeğin kendi poliçesinden ilgili teminattan ödenir.

Normal doğum/sezaryen, doğum ve/veya hamilelik komplikasyonlarına bağlı tedavi giderleri, poliçede belirtilen limite kadar %100 ödeme yüzdesi ile kapsam dahilinde olup, sadece 1. Kidem Grubunda Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında poliçede belirtilen limit üzerindeki faturalar sonradan ödeme kapsamında normal doğum ve gebelik komplikasyonlarında limitsiz ve %100 ödeme yüzdesi ile sezaryen ise limitsiz ve %80 ödeme yüzdesi ile kapsama alınacaktır.

8.1.11. Acil Durum

Ani bir hastalık veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayacak, müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, önemli bir tıbbi sorun olduğuna dair haklı bir tıbbi görüşe yol açan, Dünya Sağlık Örgütü ve "Sağlık Hizmet Tarifesi" referans alınarak hazırlanmış, aşağıda yer alan Acil Durum listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur. Bu kapsama giren giderler Acil Durum Teminatından karşılanır.

1. Akut Miyokard Enfarktüsü
2. Ani Felçler

3. Ani ve dışarıdan harici bir hadise nedeniyle meydana gelebilecek kaza ve yaralanmalar
4. Apendisit
5. Beyin Apsesi
6. Ciddi Genel Durum Bozukluğu
7. Ciddi İş Kazası
8. Darbeye Bağlı İç Organ Zedelenmesi
9. Diabetik ve Üremik Koma
10. Donma
11. Elektrik Çarpması
12. Ensefalit (Beyin İltihabı)
13. Epilepsi Krizi
14. Evcil-vahşi hayvanların ciddi cerrahi müdahale gerektiren ısırıkları
15. Gebelik düşüklerine bağlı jinekolojik hormonal kanamalar hariç her türlü iç organ kanaması
16. Hayati tehlike arz eden ilaç veya diğer madde zehirlenmeleri
17. Hipertansiyon Krizleri
18. Her türlü 2. ve 3. derece yanıklar
19. Menenjit
20. Mide Perforasyonu
21. Renal Kolik
22. Sinir Kopması
23. Soğuk veya Sıcak Çarpması
24. Solunum yollarında yabancı cisim bulunması sonucu oluşan akut solunum problemleri
25. Suda Boğulma
26. Tahriş Edici Gazların Teneffüsü
27. Tahriş edici maddelerden oluşan ciddi göz yanmaları
28. Trafik Kazası
29. Travmaya bağlı her tip suture gerektiren cilt kesikleri
30. Travma sonucu oluşan masif (yoğun) kanamalar
31. Travma ve/veya kaza sonucu oluşan ani şuur kaybına neden olan her türlü durum
32. Tüm Kırık ve Çıklıklar
33. Uzun Kopmaları
34. Yılan, akrep, örümcek ve böcek sokması sonucu oluşan ciddi alerjik tablolar
35. Yüksek Ateş (38 derece ve üzeri)
36. Yüksekten Düşme (intihara teşebbüs hariç)

8.1.12. Ayakta Tedaviler

Tanı ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, aşağıda detayları verilen; doktor muayenesi,

ilaç, her türlü laboratuvar tetkikleri ve röntgen ve fizik tedavi giderleri, "Ayakta Tedaviler" kapsamında ve Poliçe'de belirtilen limit ve ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

8.1.12.1. Doktor Muayene

Sigortalının bir kaza veya rahatsızlık veya hastalık nedeniyle tanı ve tedavisi için doktor tarafından yapılacak muayeneler ile ilgili giderler bu teminat kapsamında karşılanır.

Sigortacı'nın "Uzman Network" (Anlaşmalı Muayenehane) uygulaması başlattığı illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenehanelerinde yapılacak doktor muayene giderleri, poliçede belirtilen doktor muayene teminatı kapsamında %100'lü olarak karşılanır.

8.1.12.2. İlaç

Doktor tarafından sigortalının tedavisi için gerekli görülerek reçeteye yazılan ilaçlar ile ilgili giderler Poliçe Özel Şartları dahilinde kullanımının poliçe süresi içerisinde olması her bir ilaç kalemi için en fazla 30 günlük doz olacak şekilde, bu teminat kapsamında karşılanır.

Ancak tedaviyi üstlenen doktor tarafından rapor ile sürekli kullanılması gerektiği belirtilen ilaçlar, Poliçe Özel Şartları dahilinde, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı tarafından onaylanması halinde 90 günlük dozlar halinde reçete edilebilir. Sigortacı tarafından kabul edilen ilaçlara ait giderler, ilaç kullanım hızı ve süresi dikkate alınarak tazmin edilecektir.

Reçete tarihi ile ilaçların alınma (fatura/fiş) tarihi arasında 15 günden fazla bir süre bulunması durumunda, reçete giderleri teminat kapsamı dışındadır.

Tedavi için hayati önem taşıyan ve Türkiye'de muadili olmayan ilaç giderleri, kullanımının poliçe süresi içerisinde olması ve Sigortacı'nın onay vermesi koşuluyla, hastalık ve tedavinin özelliğine göre belirlenecek ilgili teminatlar kapsamında karşılanır.

Ayrıca aşağıda belirtilen aşular, "ilaç" teminatı

kapsamında poliçede belirtilen teminat dahilinde karşılanır.

Çocukluk çağı rutin aşıları;
0-1 yaş için 3 doz Rotavirüs,
0-2 yaş için 2 doz, 3-11 yaş için 1 doz Meningokok/
Menectra/Menveo,
0-3 yaş için 2 doz Hepatit A,
0-6 yaş için 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, yılda 2 doz Grip aşısı olarak
belirlenmiştir.

Yetişkinlerde Grip aşısı ve Pnömonokok aşıları 1'er doz
olarak belirlenmiştir. Bunlara ek olarak; Kuduz ve Tetanoz
aşısı da her yaş grubu için kapsam dahilindedir. Toplu
aşı organizasyonları sadece "Sigortacı"nın onay vereceği
grip aşıları için geçerlidir.

Şeker ölçüm çubukları bu teminat kapsamında limit ve
ödeme yüzdeleri dahilinde karşılanır.

8.1.12.3. Röntgen ve Laboratuvar Tetkikleri

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

8.1.12.4. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizik tedavi uzmanı tarafından tedavi planı düzenlenen
ve Sigortacı tarafından onaylanan Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon ile ilgili giderler ayakta veya yatarak
yapılmasına bakılmaksızın "Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon" teminatı kapsamında karşılanır.

Poliçe yılı içinde karşılanacak fizik tedavi ve
rehabilitasyon giderleri poliçede belirtilen limitler ile
sınırlıdır. Ancak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon teminatının
limitsiz olması durumunda Anlaşma Harici Sağlık
Kurumlarında her bir işlem "Sağlık Hizmet Tarifesi" ile de
sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine

uygulanması durumunda her bölge 1 seans olarak
değerlendirilir.

Sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amacıyla
hastanede yatarak uygulanan tedavilerde; fizik tedavi ve
rehabilitasyon uygulaması dışındaki sağlık hizmetleri
(yatak bedeli, tetkik, ilaç, tıbbi malzeme gibi)
karşılanmaz.

Sadece 1. Kıdem Grubu için; Poliçe yılı içinde
karşılanacak fizik tedavi giderleri toplam 20 seans ve
Sağlık Hizmet Tarifesi ile sınırlıdır. Tedavinin birden fazla
vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge bir
(1) seans olarak değerlendirilir.

2. Kıdem Grubu için karşılanacak fizik tedavi giderleri ise
Ayakta Tedavi Teminatı limiti ve ödeme yüzdesi dahilinde
karşılanır.

8.1.13. Ek Rehabilitasyon

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
yüzdesi dahilinde bu teminat kapsamında karşılanır.

8.1.14. İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi

Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktor
istemiyle belirtilen bilgisayarlı tomografi, eforlu EKG,
holter, doppler yöntemiyle yapılan ultrasonografik
tetkikler, MR, nükleer tıp, her türlü biyopsiler, Smear-
yayma, punch veya iğne biyopsisi gibi yöntemler ile tanı
amaçlı yapılan küretajlar bu teminatın kapsamındadır.

Karaciğer, böbrek, beyin, mediastinoskopik akciğer
biyopsileri ve lezyonun tamamen çıkartılarak yapılması
halinde eksizyonel biyopsiler, "Sağlık Hizmet
Tarifesi"ndeki birimi dikkate alınarak Ameliyat veya Küçük
Cerrahi Teminatları kapsamında karşılanır.

Anjiyografi (Koroner Anjiyografi Ameliyat teminatı kapsamında karşılanır) ile gastroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, bronkoskopi gibi endoskopik tetkikler (yapılan biyopsi ile gerekli ilaç ve tıbbi malzemeler dahil) ile ilgili giderler de bu teminat kapsamında karşılanır.

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

Ayakta veya yatarak gerçekleştirilmiş olmasına ve yapılan işlemin "Sağlık Hizmet Tarifesi"ndeki birimine bakılmaksızın, 24 saatten kısa süreli tıbbi tedavilere (gözlem, müşahede) ait sağlık giderleri bu teminat kapsamındadır.

Ağrı tedavilerine ait sağlık giderleri, "Sağlık Hizmet Tarife" birimi ile yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olmasına bakılmaksızın, bu teminat 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.

8.1.15. Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavi

Resmi kurumlarca (adli, idari merciler) düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, sigortalının trafik kazası sonucu oluşan dış ve ağız yaralanmalarında, dış hekim ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen dış ve dış eti ile ilgili her türlü tedavi giderleri, poliçede belirtilen bu teminat kapsamında ile karşılanır.

Kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile ilgili giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

8.1.16. Ek Maddi Destek Teminatları

Sigortalının Poliçe Özel ve Genel Şartları çerçevesinde teminat kapsamında kabul edilen kaza ve hastalıkları nedeniyle ameliyathane koşullarında en az bir cilt kesisi eşliğinde ve hastanede gece yatmayı gerektirecek cerrahi müdahale (ameliyat) olması veya 1 (bir) günden uzun süreli (en az 2 gece) yoğun bakımda kalmayı

gerektirecek bir tedavi alması durumunda ve tedavinin her durumda Sağlık Hizmet Tarifesi'nde yer alması koşuluyla, poliçe üzerinde belirtilen teminattır.

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

- Tedavinin SGK anlaşması olan bir resmi sağlık kurumunda (Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri, devlet üniversiteleri tıp fakültelerine bağlı üniversite hastaneleri vb) veya SGK anlaşmalı özel sağlık kurumunda gerçekleştirilmiş olması,
- Allianz ile anlaşması olan SGK anlaşmalı hastanelerde,
- Masrafların tümüyle SGK'dan karşılanmış olması veya Sigortalıdan fark talep edilmesi durumunda, bu farkın sigortalı tarafından karşılanması,
- Allianz ile anlaşması olan/olmayan SGK anlaşmalı hastanelerde, elden hasar ödeme talebinin olmaması gerekmektedir. Özetle tedaviye ilişkin, özel sağlık sigortasından ilave tazminat talebi olmaması esastır.
- Yapılan müdahalenin bu Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre teminat kapsamında olan bir hastalık için yapılması,

Bu tazminata hak kazanılabilmesi için işbu özel şartların 'Sağlık Gideri/Ek Maddi Destek Tazminat Ödemeleri' maddesinde yer alan tüm belgelerin taburcu tarihinden itibaren en geç 2 (iki) ay içerisinde 'Tazminat talep formu' eşliğinde Allianz Sigorta muhaberat departmanına iletilmesi gerekmektedir.

Ek Maddi Destek Teminatı uygulaması kapsamında aynı tedavi için farklı yardımlardan faydalanılamaz.

Tazminat bedelinin belirlenmesinde sadece yapılan en büyük işlemin birimi dikkate alınır. Bu teminat aynı hastalık ve/veya kaza nedeniyle bir poliçe yılı içerisinde sadece 1 kez kullanılabilir.

TEMİNAT TABLOSU	Teminat Limiti	Teminat Yüzdesi	Uygulama
Ek Maddi Destek*	50.000 TL	100%	Yıllık limit
Kategori 1: Böbrek nakli, karaciğer nakli, kalp kapağı ameliyatı, by-pass, beyin tümörleri ameliyatı gibi hastalıklar	5.500 TL	100%	Olay başına
Kategori 2: İki taraflı tiroid ameliyatı, bağırsak kanseri ameliyatı, kalın bağırsak ameliyatı, ileri evre meme kanseri ameliyatı, sızınuzit ameliyatlarının bir kısmı, mide fitiği ameliyatları, kapalı safra kesesi ameliyatları, anevrizma ameliyatları gibi hastalıklar	2.750 TL	100%	Olay başına
Kategori 3: Tek taraflı tiroid ameliyatı, kasık fitiği ameliyatı, rahim ve yumurtalık ameliyatları, kist dermoid sakral(kıl dönmesi) ameliyatı gibi durumlar	1.100 TL	100%	Olay başına

* Ek Maddi Destek teminatı kapsamında alınabilecek tutar, yıllık (poliçe dönemi) 50 bin TL ile sınırlandırılmıştır. Kategori 1: 1500 Sağlık Hizmet Tarifesi birimi ve üzeri ameliyatlar veya 10 günden uzun süreli yoğun bakım yatışlarını kapsar.

Kategori 2: 750-1499 Sağlık Hizmet Tarifesi birimi arası ameliyatlar veya 6-10 gün arası yoğun bakım yatışlarını kapsar.

Kategori 3: 250-749 Sağlık Hizmet Tarifesi birimi arası ameliyatlar veya 2-5 gün arası yoğun bakım yatışlarını kapsar.

8.1.17. Dış Bakım Paketi

0850 755 15 15 numaralı Allianz Müşteri Hizmetleri'mizden randevu olarak Türk Dış Hekimleri Birliği Fiyat garantisıyla Dış Hekim Muayenesi, Dış Taşı Temizliği (Detertraj), Tek Dış Röntgen Filmi (Periapikal) içeren Dış Bakım Paketi'nden yılda bir defaya mahsus olmak üzere tüm sigortalılar %100 ödeme oranı ile yararlanabilir.

8.2 Tüm branşlarında SGK ile anlaşmalı olup aynı zamanda Allianz Sigorta ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası anlaşması bulunan özel sağlık kurumlarında geçerli teminatlar (Teminat tablosunda "ST" kolonunda belirtilmiştir.)

Sigortacı bu teminat grubu kapsamında, poliçe süresi içerisinde bu ürüne özel anlaşmalı kurum ve/veya kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan sağlık hizmetleri için, SUT bedeli üzerindeki giderleri (ilave ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi ve varsa poliçede tanımlı istisna/lar, Genel Şartlar, Yönetmelik ve Özel Şartlar doğrultusunda karşılar.

Bu ürüne özel anlaşmalı kurum ağına SGK ile tam anlaşmalı kurumlar için; sadece SGK tarafından kapsam altına alınmış ve GSS hak sahipliği olan kişiler için geçerlidir. GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler poliçesi yürürlükte olsa dahi, GSS hak sahipliği aktif olmadığı sürece poliçenin bu kapsamdaki teminatlarından faydalanamazlar. Buna ilave olarak bu teminatlardan faydalanabilmek için tedavinin mutlaka Sigortacı'nın bu ürün için belirlediği ve Sosyal Güvenlik Kurumu ("SGK") ile anlaşmalı olan kurumlarda tedavinin SGK anlaşmalı doktorlar tarafından gerçekleştirilmiş olması şartıyla geçerlidir.

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

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenecek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

Bu ürüne özel anlaşmalı kurum açında SGK ile tam anlaşmalı kurumlarda görev yapan ancak SGK anlaşması olmayan doktorlara ait tüm sağlık giderleri poliçede belirtilen Allianz Anlaşmalı Özel Sağlık Kurumları başlığında (S'li teminat grubu) belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır.

Bu ürüne özel anlaşmalı kurum açında SGK ile tam anlaşmalı kurumlarda SGK ile anlaşmalı doktorlar için sadece doğrudan ödeme süreci geçerlidir, bu kapsamdaki faturalar için 'sonradan ödeme' sürecinde ödeme yapılamayacaktır.

Bu ürüne özel anlaşmalı kurum açında SGK ile tam anlaşmalı kurumlarda SGK ile anlaşmalı doktorlara ait, SGK kapsamında karşılanmayan, ancak bu özel şartlara göre kapsam dahilinde olan hizmetler için 'sonradan ödeme' sürecinde teminat tablosunda Allianz Tamamlayıcı Sağlık Anlaşmalı Kurumlar başlığında (S'li teminat grubu) belirtilen ödeme yüzdesi ve teminat limiti doğrultusunda değerlendirilecektir.

SGK Kapsamında Doktor muayenesinin sonucu olarak yazılan reçete giderleri için önce SGK'dan provizyon alınmalıdır, SGK'nın ödemediği ilaç varsa, bu poliçede İlaç Teminatı (S'li teminat grubu) doğrultusunda sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

Bu ürüne özel anlaşmalı kurum açında SGK ile tam anlaşmalı kurumlarda, SGK aktifliği olmayan sigortalıların bu kurumlardan gelecek sağlık giderleri Allianz Anlaşmalı Özel Sağlık Kurumları başlığında (S'li teminat grubu) belirtilen teminat, limit, ödeme yüzdesi doğrultusunda sonradan ödeme sürecinde karşılanır.

8.2.1. Yatarak Tedaviler

Sağlık kurumlarında yatış tarihinden taburcu işlemi yapıncaya kadar uygulanan ameliyatsız ve/veya ameliyatsız olarak hastanede yapılan yatarak tedavileri (standart oda, yoğun bakım odası, yemek, refakatçi -refakatçinin yatak ve yemek giderleri dahil-), kemoterapi, radyoterapi diyaliz tedavileri ve ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ile diyaliz tedavileri süresince tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonları ile

ilgili giderler, koroner anjiyografi ile yatış, ameliyat sonrası fizik tedavi, küçük cerrahi, tıbbi gözlem, suni uzuv ve zorunlu tıbbi malzemeler ile ilgili giderler için oluşacak ilave ücretleri poliçede belirtilen limitler ile ödeme yüzdesi dahilinde işbu Özel ve Genel Şartlar'a uygun olarak güvence altına alınır.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

GSS kapsamında karşılanmayan hastanede yatarak tedavi veya ameliyat sırasında kullanılan tıbbi malzemeler, gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenerek Sigortacı'nın onaylaması koşulu ile bu teminat kapsamında karşılanır.

8.2.2. Ayakta Tedaviler

Doktor muayene, fizik tedavi, tahlil, röntgen, laboratuvar tetkikleri ve ileri tanı yöntemlerine ait giderler için oluşacak ilave ücretler poliçede belirtilen limit ile ödeme yüzdesi dahilinde işbu Özel ve Genel Şartlar'a uygun olarak güvence altına alınır.

Doktor muayenesi ile ilişkisi olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışındadır.

Triyaj uygulamasında Yeşil ve Sarı Alan kapsamında değerlendirilen tedaviler de bu teminat kapsamında değerlendirilir.

8.2.3. Hamilelik ve Doğum

Hamilelik ve Doğum Teminatı poliçede çocuk konumunda sigortalananlar hariç olmak üzere tüm bayan sigortalılar için geçerlidir.

Doğum teminatı için bekleme süresi olmayıp mevcut hamilelikler için de geçerlidir.

Doğum Teminatı; normal doğum, sezaryen, gebeliğin sebep olduğu her türlü komplikasyon için oluşacak ilave ücretleri poliçede belirtilen limitler ile ödeme yüzdesi dahilinde işbu Özel ve Genel Şartlar'a uygun olarak güvence altına alınır.

Gebelik komplikasyonları Normal Doğum Teminatı kapsamında, doğum ve komplikasyonları ise ilgili doğum teminatı (normal/sezaryen) kapsamında; hastanede yatmadan yapılan hamileliğin takibi ile ilgili giderler (Gebelik ile ilgili periyodik doktor muayeneleri ve gebelik öncesi TORCH ve gebelik sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, (TORCH, amniosentez, NST,Down üçlü tarama vb.)) Ayakta Tedavi, İleri Tanı Yöntemleri ve Tıbbi Gözlem Tedavi ile Küçük Cerrahi Teminatı limit ve ödeme yüzdeleri dahilinde değerlendirilerek karşılanır. Yenidoğan ilk sağlık giderleri; muayene, kan testi, aşı, fenilketüneri, tiroid testi, kalça USG, işitme testi, göz muayenesi vb. bebeğin kendi poliçesinden ilgili teminattan ödenir.

8.3. Bireysel Teşvik Sistemi

01.01.2018 – 01.01.2019 poliçe döneminde üye sigortalı ile bağımlılarından oluşan ailenin kişi başı ortalama doktor muayene, gebelik rutin kontrolleri, ilaç, laboratuvar tetkikleri, röntgen, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ileri tanı yöntemleri ve tıbbi gözlem teminatlarından toplam kullanıma göre aşağıda belirtilen şekilde sigortalının Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası için ödediği aylık prim tutarı değişkenlik gösterecektir. Hesaplama poliçenin yenileme yapıldığı tarih itibarıyla 01.01.2018 – 01.01.2019 dönemindeki sağlık gideri kullanımları dikkate alınacaktır.

Ortalama Teminat Kullanımı*	2019 Yılı Üye Primi
Kullanımı olmayan	Standart prim üzerinden %10 indirim
0 TL – 2.500 TL	Standart prim
2.500 TL üzeri	Standart prim üzerine %10 ek prim

*Örneğin, üç kişilik bir ailede, brüt toplam (sigorta şirketinin ödediği ve sigortalı katılım payı toplamı) 7.500 TL teminat kullanımı olması durumunda, kişi başı ortalama kullanım 2.500 TL olarak hesaplanacaktır. Teminat kullanım ve kalan limit detaylarınıza Allianz Mobil aplikasyon ve Online İşlem Merkezi'nden ulaşabilirsiniz.

9. Ömür Boyu Yenileme Garantisi ve Bireysel Poliçede Uygulanacak Şartlar

Sigortacı, Koç Vakfı Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamında en az 3 tam yıl kesintisiz olarak sigortalanmış kişilere Ömür Boyu Yenileme Garantisi vererek, sigortasını şirketimiz Karma Grup Sağlık sigortası planıyla aynı yoksa en yakın Bireysel Sağlık poliçesiyle devam ettirmek isteyen kişilerin bireysel 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.

Sigortalının grup sağlık poliçesinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi'ne hak kazanmadan önce ortaya çıkan hastalıkları için Sigortacı'nın Ömür Boyu Yenileme Garantisi taahhüdü bulunmamaktadır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi sertifikası sigortalının sadece bireysel poliçesinin ömür boyu yenileneceğini belirtmektedir. Bireysel Sağlık poliçelerimizde uygulanmak üzere verilmiş olan Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkının geçerli olabilmesi için aşağıdaki şartların sağlanması gerekmektedir:

- Üyenin çalıştığı şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrası ayrılma ile Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan çıkışı (en geç ilişik kesildiği poliçe dönemi sonunda) ya da şirketin hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi yaptırmama kararı olması durumlarında,
 - Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası'ndan çıkışı itibarıyla en geç 30 gün içerisinde bireysel sağlık sigortası yaptırmak üzere Allianz Sigorta'ya başvurulması,
 - Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kapsamından çıkış tarihi itibarıyla grup poliçesinde mevcut olan tüm aile bireylerinin birlikte başvurulması,
- Sigortalının risk değerlendirmesi bu bireysel poliçeye ilk başvurusu esnasında aşağıda belirtilen uygulama ve koşullar ile yapılmaktadır:

i. Tıbbi risk değerlendirmesi, Bireysel Sağlık Poliçesi'ne başvuru anında, Ömür Boyu Yenileme Garantisi kazanılan tarihe kadar oluşan hastalık ve rahatsızlıklar dikkate alınarak yapılır ve sağlık geçmişi incelenerek hastalık ek primi ya da istisnası uygulanabilir.

ii. Bireysel poliçeye geçiş esnasında, mevcut veya risk taşıyan hastalıkların Sigortacı tarafından teminat kapsamı dışında bırakılması durumunda, bu hastalıklar Ömür Boyu teminat kapsamına alınmaz.

iii. Bireysel poliçeye geçiş esnasında, hastalık ek primi uygulanarak teminat kapsamına alınan mevcut veya Sigortacı tarafından riskli bulunan hastalıkların Sigorta Ettiren talebi ile teminat kapsamı dışında bırakılması istenirse, talep doğrultusunda poliçeye uygulanan istisna ömür boyu devam eder ve poliçe yenileme dönemlerinde ek prim uygulanarak bir daha teminat kapsamına alınmaz.

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

i. Teminat kapsamını daraltmaz, teminat limitini düşürmez, Sigortalı katılım payını arttırmaz; sigorta teknik esaslarında ve Özel Şartları'nda Sigortalı aleyhine değişiklik yapmaz.

ii. Ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü hastalık ek primi uygulanmaz.

iii. Ödenen tazminatların sözleşme primine oranına bağlı ek prim uygulanmaz.

Sigorta süresi içerisinde Sigorta Ettiren ve/veya Sigortalının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış beyanda bulunduğu tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut hastalık/ rahatsızlıklarının olması halinde Ömür Boyu Yenileme Garantisi olsa bile poliçe, Sigortacı tarafından iptal edilebilir, bu hastalık ve/veya rahatsızlıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya hastalık ek primi uygulanarak poliçe devam ettirilebilir. Sigortacı, bu nedenle teminat kapsamı dışında bıraktığı hastalık/ rahatsızlıkları, tekrar kapsama almak üzere değerlendirmez.

Sigorta Ettirenin bireysel poliçeye geçiş esnasında ya da yenileme dönemlerinden teminatlarını (kapsam, teminat limiti, ödeme yüzdesi, network gibi kriterler) genişletmek istemesi durumunda, Sigortacı güncel sağlık beyanı olarak, tekrar risk değerlendirmesi yapar. Bu durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi yeni şartlara göre tekrar değerlendirilir ve bu değerlendirme neticesinde; Sigortacı'nın, poliçe teminatlarını değiştirme, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya teminat artışını kabul etmeme hakkı saklıdır.

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 Sigorta Ettiren'in kabul etmesi halinde her bir sigortalı için yeni sözleşmenin başlangıç tarihinden itibaren geçerli olur.

Sigortacı, Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Bunun yanı sıra anlaşmalı sağlık kurumlarında uygulanan özel uygulamalar da Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda son bulur.

Koç Vakfı Emeklileri Poliçesi için Uygulama:

Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası kapsamında yenileme garantisi verilmemektedir. Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası Şirketimizde devam ettiği sürece, Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası Poliçesinde kazanılan yenileme garantisi hakkı, Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası'na geçişte Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortasında saklı kalır. Bu yenileme garantisi, Karma Grup Sağlık Sigortası Şirketimizde devam ettiği sürece Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigorta poliçelerinin de sürdürüleceği ve poliçede bulunan sigortalıların, yenileme döneminde 70 yaşına kadar (yenileme dönemi itibarıyla 70 yaş dahil) veya yaş sınırı olmaksızın (kişilerin hak edişleri Koç Vakfı Resmi Senet Madde 45-l'da açıklandığı şekilde uygulanır.) sigorta

kapsamı dışında bırakılmayacağını belirtir. Koç Vakfı Emeklileri Sağlık Sigortası poliçelerinde sağlık gideri/ prim oranına bağlı olarak %30'a kadar kullanım ek primi uygulanmaktadır.

10. Tazminat Talebine İlişkin Düzenlemeler

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

Sigortalı başvuruda bulunduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumu'na sigortalı olduğunu belirtmek ve poliçede belirtilen katılım payını, muafiyetini ile ilgili giderleri ve/veya SGK katılım payını ödemekle yükümlüdür. Sağlık giderinin önce sigortalı tarafından sağlık kurumuna ve/veya doktora ödenmesi ve daha sonra "Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi" maddesinde açıklanan evraklar ile en kısa sürede Sigortacı'ya başvurularak bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu" ("TMT Formu") ekinde talep etmesi durumunda bu masraflar, sonradan ödeme sürecinde değerlendirilerek Sigortacı tarafından karşılanır.

10.1. Sigorta Süresi Sonunda Devam Eden Tedaviler

Poliçenin yenileme döneminde, yenileme tarihinden önce gerçekleşen bir kaza veya hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavisi devam eden sigortalının poliçe bitiş tarihinde öğlen saat 12.00'ye kadar olan sağlık giderleri, sona erecek poliçedeki ilgili teminatlarından, öğlen saat 12.00'den sonrasındaki işlemler, yeni poliçe teminatlarından karşılanacaktır.

Ancak poliçesinin Allianz ve diğer sigorta şirketleri dahil hiçbir yerden yenilenmemesi halinde poliçe bitiminde hastanede yatışı devam eden Sigortalının tedavisi 10 gün süreyle devam edecektir.

Poliçenin Sigortacı'da yenilenmemesi ve Diğer Sigorta Şirketleri'nden birinde devam ettirilmesi halinde, Poliçe

bitiş tarihi ve saat 12:00 itibarıyla Sigortacı'nın tazminat yükümlülüğü sona erer.

Poliçenin Sigortacı'da feshedilmesi durumunda, Poliçe feshi tarihi ve saat 12:00 itibarıyla Sigortacı'nın tazminat yükümlülüğü sona erer. Ara dönemde poliçe kapsamından çıkan sigortalılar için teminat, çıkış tarihi saat 12:00 itibarıyla sona erer.

10.2. Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortasına Ek Poliçe Uygulamaları

Sigortalının, Koç Grubu dışında Allianz Sigorta'da başka bir grup sağlık poliçesinin olması durumunda, hangi poliçenin kullanılacağı sigortalının insiyatifindedir. Sigortalının, Allianz Sigorta'da "Gruba Ek Bireysel İndirimi" olan bireysel sağlık poliçesinin de olması durumunda önce Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kullanılır.

Sigortalının, Koç Vakfı Karma Grup Sağlık Sigortası dışında Holding (J+ /Orta Kademe/YEÇ) poliçesi olması durumunda önce Koç Vakfı Karma Grup Özel Sağlık Sigortası kullanılır. Sağlık gideri talebinin teminat limitini aşması durumunda ikinci poliçe devreye girer ve aşan kısım bu poliçeden karşılanır. Ancak, kullanılan teminatlarda sigortalı katılım payı var ise bu miktar sigortalı tarafından karşılanır. Sigortalı katılım payı ikinci poliçeden karşılanmaz.

10.3. Sağlık Giderlerinin Belgelendirilmesi, Gönderimi ve Ödenmesi

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

10.3.1. Doğrudan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sigortalı'nın doktoru tarafından, tanı ve tedavi bilgilerini içeren "Özel Sağlık Sigortaları Hasta Bilgi Formu"nun doldurulması,

- Sigortacının anlaşmalı olduğu SGK ile anlaşmalı kurum ve branşlarda GSS kapsamında provizyon alması,
- Başvuru ile ilgili varsa tetkik sonuçları, doktor raporları, adli vakalarda ilgili raporlar, reçete gibi belgeler gereklidir.

10.3.2. Sonradan ödeme kapsamında yapılan başvurularda;

- Sağlık giderinin, önce sigortalı tarafından Sağlık Kurumu'na ödenmesi durumunda, Sigortalı'nın bu giderlerini "Tedavi Masrafları Talep Formu (TMT Formu)" ekinde talep etmesi gerekmektedir.
- Sigorta kapsamındaki Vakıf sigortalılarının kullanımına yönelik olarak hazırlanan "Tedavi Masrafları Talep Formları"na sağlık gideri bilgileri yazılmalı, tedavi belgeleri eklenmelidir. Formların fotokopi ile kullanımı mümkün olup, formda adı yazan sigortalı ile gönderilen belgelerin eşleşmesi gerektiğini vurgulamak isteriz.

TMT Formu ekinde;

- GSS kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (örnek: E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü). Suni uzuv ve Tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.
- Fatura veya Serbest Meslek makbuzu aslı veya E-Arşiv Fatura, (Kapsam dahilindeki tedaviler için fatura asıllarının gönderilmesi esastır. Ancak fatura aslının kaybedilmesi halinde "Aslı gibidir" onaylı fatura ve sigortalı beyanı ile ödeme yapılır.)
- Doktor muayenelerine ait fatura veya serbest meslek makbuzlarında doktor kaşesi bulunmalı ve doktorun uzmanlık alanı belirtilmelidir. Doktor muayene için gerçekleşen hizmet bedelinin kredi kartı ile ödenmesi ve POS slip'inin üzerinde "bu belge VUK uyarınca serbest meslek makbuzu yerine geçen belge hükmündedir" ibaresi yer alması durumunda, bu slip'ler makbuz yerine geçmektedir. Ancak kredi kartı sahibi ile tedavi gören sigortalının farklı kişi olması durumunda bu slip'in Allianz Sigorta tarafından değerlendirilmeye alınabilmesi için slip'in arkasına tedavi gören sigortalının adı yazılarak doktor tarafından kaşelenip imzalanmalıdır.

- Sağlık kurumlarından kasa fişi yerine sigortalı adına düzenlenmiş fatura talep edilmesi, faturanın alınmadığı durumlarda ise, kasa fişinin yapılan tanı ve tedaviyi belgeleyen raporlar ile birlikte gönderilmesi gerekmektedir.

- Üniversite hastanelerinden alınan vezne alındılarının işleme alınabilmesi için ekinde detaylı fatura dökümlerinin bulunması gerekmektedir. "Kredi Kartı Alındısı" belgesi ile ödeme yapılamamakta, bu ödeme için fatura düzenlenilmesi gerekmektedir. Vakıf konumundaki sağlık merkezlerinin vermiş oldukları başış makbuzlarının ise mutlaka kaşelenmiş olması ve ekinde detaylı işlem dökümlerinin bulunması gerekmektedir.

- Faturada birden çok kalem varsa (Örn; yatış, muayene, tahlil, röntgen vb.) ayrıntılı fatura dökümleri

- Reçete aslı, ilaç kupürlerinin asılları ve barkodları/karekodları,

- Sürekli kullanılan ilaçlar için doktor raporu,

- Tetkik istem formu ve sonuçları (fotokopi olabilir)

- Yatış/ameliyat epikrizi, anamnez raporu, patoloji raporu vb.

- Doktor muayenelerinde, gerekli görüldüğünde anamnez raporu (tıbbi kayıt),

- Müdahalelerde teşhis/tedavi ile ilgili detaylı doktor raporu,

- Fizik tedavi ve rehabilitasyon faturalarında, fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor, varsa tetkik sonuçları, (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)

- Ameliyat sonrası yapılan fizik tedavi ve rehabilitasyonlarda, ilgili ameliyat raporu ile fizik tedavi uzmanı tarafından düzenlenen ve detaylı tedavi planını belirten rapor, varsa tetkik sonuçları (başlangıç ve bitiş tarihi belirtilmelidir.)

- Vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve tıbbi amaçlarla kullanılan malzemeler için, tedaviyi düzenleyen doktor tarafından kullanılmasının zorunlu olduğunu belirten doktor raporu,

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

- Doğrudan ve Sonradan Ödeme sürecinde, Sigortacı gerekli gördüğü hallerde daha fazla araştırma yapmak, Sigortalı'yı tedavi eden doktor, sağlık kurumu veya üçüncü şahıslardan tanı ve/veya tedavisi ile ilgili gerekli görülen her türlü bilgi, rapor ve diğer belgeleri istemek, yönlendirdiği doktora Sigortalı'yı muayene ettirme hakkına sahiptir. Bahse konu masraflar Sigortalı'nın teminatının bulunması durumunda poliçesinden, aksi takdirde Sigortalı tarafından karşılanır.

- Şirketlerin ilgili birimlerinde toplanan Tedavi Masrafları Talep Formları ve ekli belgeler, icmalı yapılarak, her bir Şirket için ayrı ayrı belirlenecek haftanın belli bir iş gününde Allianz Sigorta Genel Müdürlüğü'nün elinde olacak şekilde toplu halde gönderilecektir. Allianz Sigorta, Şirketlerden gelen formları gerekli kontrollerden geçirerek hazırlayacağı ödemeleri takip eden haftanın aynı iş günü sigortalıların banka hesaplarına yatıracaktır. Belirlenmiş olan günde Allianz Sigorta'nın eline ulaşmayan formlar takip eden hafta aynı gün ulaşmış kabul edilerek değerlendirmeye alınacaktır. Şirket yetkilisinin bilgisi dışında bireysel olarak gönderilen sağlık giderleri işleme alınmayarak, iade edilecektir. İsteğe bağlı üyeliği devam eden ve emekli aylığı alan üyeler ise, sağlık giderlerini Tedavi Masrafları Talep Formu ekinde, bu kılavuzun arkasında adresi belirtilen Allianz Sigorta Sağlık Tazminat Departmanı'na göndermelidir.

- Ödeme detaylarını içeren listeler ve eksik belge vb. nedenle ödenmeyen sağlık giderlerine ait belgeler Şirketlerin ilgili birimlerine Allianz Sigorta tarafından gönderilecektir. Sigortalılar, ödeme durumlarına ilişkin bilgiyi Şirketlerinin ilgili biriminden alabileceklerdir.

11. Sigortalının Sigorta Süresi İçerisinde Vefatı

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.

12. Yurt Dışında Gerçekleşen Tedaviler

Yurt dışında yapılan tedavilere ait faturaların ve ilgili tıbbi raporların İngilizce, Almanca veya Fransızca dillerinden biri kullanılarak düzenlenmiş olması gereklidir. Aksi takdirde noter tasdikli Türkçe tercümesi ile birlikte gönderilmelidir.

Sonradan ödeme sürecinde talep edilen tıbbi belgelere ek olarak aşağıdaki belgeler de iletilmelidir.

- Sigortalı'nın sağlık giderinin gerçekleştiği tarihlerde yurtdışında olduğuna dair belge (pasaport ön yüzü ve o tarihleri içeren pasaport giriş çıkış sayfa örneği),

- Fatura aslı ve/veya ödemenin yapıldığına dair belgenin aslı,

- Son alacak/borç (balance) durumunu gösteren belge (itemized bill; bu dökümden ödeme tutarları, indirim tutarları gibi kalemler yer almalıdır).

Yurt dışında gerçekleşen tedavi giderleri, Allianz Sigorta'nın ödeme tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası olarak ödenir. Yurt dışında gerçekleşen sağlık giderleri için geçerli teminat limitleri ve ödeme yüzdeleri teminat tablosunda belirtilmiştir.

Yurt dışında gerçekleşen, Yatarak Tedaviler başlığında tanımı yapılan teminatlardan Ameliyat, Ameliyatsız Tedavi/Ortalama Günlük Tedavi, Evde Bakım ve Tedavi, Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve Trafik Kazası sonucu Diş Tedavi kapsamındaki sağlık giderleri %75 ödeme oranı ile 45.000 TL Yurt İçi Anlaşma Harici Kurum Limitinden düşülerek karşılanır. Yurt dışında gerçekleşen sağlık giderinin Yurt içi Anlaşma Harici

Kurum Limitini aşması durumunda ek olarak 130.000 TL ve %75 ödeme oranı ile Yurt dışı Yatarak Tedavi teminatı kullanılır. Her iki limit toplamı 175.000 TL'yi aşamaz.

12.1. Yurt Dışı Danışma ve Direkt Ödeme

Allianz Müşteri Hizmetleri'nin kullanılması (0850 755 15 15 numaralı telefon numarasını arayarak), ilgili ülkeye veya Sağlık Kurumu'na doğrudan ödeme olanağı olması poliçede teminat bulunması, hastalık/rahatsızlığın teminat kapsamında olması durumunda yurtdışı ameliyat, ameliyatsız tedaviler ve Kemoterapi Radyoterapi Diyaliz teminatları, doğrudan ödeme sürecinde değerlendirilmektedir.

Telefon ile verilen danışmanlık hizmetleri, yapılacak tedavinin onaylandığı anlamını taşımaz. Sigortacı direkt ödeme onayını, sigortalının hastaneye yatışı ve yeterli tıbbi bilginin aktarılması neticesinde verir.

13. Sağlık Kurumları Bazında Sağlık Giderlerinin Tazmin Edilmesi

- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- **"Uzman Network"** uygulamasının bulunduğu illerde bu sistemde yer alan anlaşmalı hekimlerce muayenelerinde yapılacak muayene giderleri, doktor muayene teminatı kapsamında poliçede belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kurumu teminat limiti ve %100'lü olarak "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- **"Kazançlı Network"** uygulamasının bulunduğu Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında yapılacak işlem giderleri, İleri Tanı Yöntemleri veya Tahlil veya Röntgen teminatları kapsamında poliçede belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kurumu teminat limiti ve %100'lü olarak "doğrudan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olmayan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Sağlık

Kurumu teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.

- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında anlaşmasız doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Sağlık Kurumu teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Poliçede tercih edilmiş Network dahilinde olan Anlaşmalı Sağlık Kurumu'nun kadrosunda Sağlık Bakanlığı'nca resmi olarak görevli olmayan veya kadroda olsa dahi Sigortacı ile anlaşması olmayan doktorlar tarafından gerçekleştirilen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Sağlık Kurumu teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hastaneleri ile devlete ait Üniversite Hastaneleri'nde gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşmalı Sağlık Kurumu teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Sigortacı ile anlaşması olmayan Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri; poliçede belirtilen Anlaşma Harici Sağlık Kurumu teminat limiti ve ödeme yüzdesi dikkate alınarak "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır.
- Yurt Dışı Sağlık Kurumları'nda gerçekleşen sağlık giderleri, poliçede belirtilen Yurt Dışı Sağlık Kurumu teminat limiti ve ödeme yüzdesiyle "sonradan ödeme" sürecinde karşılanır. Ancak, Allianz Müşteri Hizmetleri'nin kullanılması ve ilgili ülkeye veya sağlık kurumuna doğrudan ödeme olanağı bulunması durumunda, "doğrudan ödeme" sürecinde yönetilmektedir.
- Kontrol Mamografi ve Diş Bakım Paketi sadece bu teminatlara özel anlaşmalı kurumlarda, PSA Tarama ve Kemik Yoğunluğu Testi teminatları ise sadece anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir.

Yatarak Tedaviler için, ön onay aşamasında kullanılan Sigortacı'ya ait form üzerinde doktor tarafından beyan edilmiş tutar ile daha sonra doktor tarafından

düzenlenen faturada yer alan tutar arasında farklılık bulunması halinde, Sigortacı, bu iki tutardan daha düşük olanını tazminat hesabında dikkate alacaktır.

13.1. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarının Kullanılması

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında, Allianz Sağlık Kartının veya kimlik belgesinin kullanılarak onay alınması suretiyle, sigortalılar sigorta teminat ve şartlarına uygun olarak sigortalı katılım payı, SGK katılım payı düşüldükten sonra, limitleri dahilinde ödeme yapmadan sağlık hizmeti alabilirler (örneğin %20'lik ve/veya %25'lik katkı payı ve teminat limitlerini aşan kısım kendilerinden tahsil edilecektir).

Sigortalının Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda, yatarak tedavi göreceği durumlarda faturanın doğrudan ödenebilmesi için, yatış öncesi sağlık kurumundan temin edilecek Bildirim Formu'nun yatıştan en geç 24 saat öncesinde Allianz Sigorta'ya iletilerek onay alınması gerekmektedir. Bu nedenle sigortalı hastaneye yattığı gün, sağlık kurumun Allianz Sigorta'ya Bildirim Formu'nu faksладыğını teyit etmelidir. Bu süre şartı acil durumlarda geçerli değildir. Sigortalı, Anlaşmalı Sağlık Kurumları'nda onay verilmeyen ve Anlaşmasız Sağlık Kurumu'nda gerçekleşen sağlık giderlerini kendisi öder.

Sigortacı, Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında değişiklik yapma hakkını saklı tutar. Network'ler dahilindeki Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Bunun yanı sıra anlaşmalı sağlık kurumlarında uygulanan özel uygulamalar da (faturaların doğrudan ödenmesi, indirimli uygulamalar vb. hizmetler) Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda son bulur.

Anlaşmalı Sağlık Kurumu uygulaması, sağlık kurumu ve hekimlerle yapılan sözleşmeler çerçevesinde Allianz Sigorta'nın sigortalılarına hızlı hizmet ve ekonomik bir fayda temin etmeye yönelik sağladığı ek bir hizmettir. Sigortalılar bu kişi veya kurum kuruluşları seçmekte tamamen serbesttir. Kurum veya kişilerin, Anlaşmalı Sağlık Kurumları arasında yer alması, bu kişi veya

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

14. Teminat Dışı Kalan Haller ve İstisnai Durumlar

Aşağıda belirtilen durumlar teminat kapsamı dışında olup, bahsi geçen hususlara ilişkin olarak Sigortacı'nın, Sigortalı'ya karşı herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

1. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda düzenlenmiş teminat dışı haller,

Sağlık Sigortası Genel Şartları/Teminat Dışı Kalan Haller Madde 2:

Aşağıda sayılan haller, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmalarına ait tedavi ve giderler bu poliçede sigorta teminatlarının dışında tutulmuştur.

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

h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller,

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller Madde 3:

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

a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması,
b) Genel Şartlar Madde 2'nin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere,

3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

2. Poliçe başlangıç tarihinden sonra belirlenmiş olsa dahi;

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar,
- Genetik hastalıklar ve her türlü genetik hastalık/durum araştırılması, taranması ile ilgili tetkikler (kabul edilen hamilelik takibi hariç),
- Büyüme ve gelişme bozuklukları,
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Mevcut sakatlıklar ve komplikasyonları,
- Her türlü omurga eğrilikleri (kifoz, skolyoz gibi),
- Keratokonus,
- Pes Planus, Halluks Valgus,
- Nazal Septum Deviasyonu, Nazal Valv Yetmezliği,
- Jinekomasti ve
- Obesite ile ilgili tanı, tedavi, komplikasyon ve kontrol giderleri,

İstisnai Durum: Allianz'da kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış sigortalılar ve/veya "Allianz Bebeği" olan sigortalıların;

- Doğumsal (konjenital) anomali ve hastalıklar (Sigortalı'nın, poliçeye dahil edilmesi sonrası tanı konması şartıyla),
- Genetik hastalıklar (Sigortalı'nın, poliçeye dahil edilmesi sonrası tanı konması şartıyla),
- 18 yaşından önceki kasık fıtığı, kordon kisti, hidrosel,
- Keratokonus,
- Pes Planus, Halluks Valgus,

• Nazal Septum Deviasyonu ile ilgili giderler poliçe limit ve teminatları dahilinde karşılanır.

Her türlü doğumsal (konjenital), genetik anomali ve hastalıkların araştırılması, taranması ile ilgili kan/idrar tetkikleri ve her türlü gen haritasının çıkarılması giderleri kapsama alınmaz.

3. Sigortalı'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 alışmalarını sürdürdüğüne dair yazılı bildirimleri tespit edilen her türlü gider,

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

5. Aşağıda belirtilen ilaç niteliği taşımayan preparatlara ait giderler,

- a. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaçlar, beslenmeyi destekleyen veya bağışıklığı artıran preparatlar, tıbbi mamalar, ilaç tanımına girmeyen veya aktif madde içermeyen preparatlar,
- b. Her türlü tıbbi çaylar, ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler,

6. Sigarayı bırakma ile ilgili muayene, tetkik, tedavi ve preparatlar (nikotin bandı, sakızı, elektronik sigara gibi),

7. Aşağıda belirtilen tetkikler ve herhangi bir hastalık/ rahatsızlık olmadan kontrol ve tarama amaçlı yapılan diğer tetkiklere ait giderler,

- a. Doktorun herhangi bir belirti ve/veya şikayet olmadan istemiş olduğu araştırma, kontrol amaçlı, genel sağlık kontrolleri (check-up), ailevi risk faktörleri nedeniyle yapılan taramalar,
b. Koroner BT Anjiyografi, Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi, Kardiyak EBT (Elektron Beam Tomografi) tetiklerine ait her türlü gider,

İstisnai Durum: Koroner arter hastalığı tanısı ile balon dilatasyon yapılmış/stent uygulanmış ya da by-pass operasyonu geçirmiş sigortalıların bu rahatsızlıklarının kapsam içinde olması şartı ile koroner bt anjiyografileri sonradan ödeme kapsamında karşılanacaktır.

- c. Herhangi bir tıbbi belirti veya bulgu (sarılık, karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi) olmadan yapılan hepatit tetkik giderleri,
d. Evlilik öncesi, işe başlama öncesi ve spor öncesi gibi nedenlerle alınan sağlık kurulu veya doktor raporu için yapılan giderler,

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

9. Doğum kontrol yöntemleri ve kısırlığa ilişkin aşağıda detayları belirtilen her türlü işleme ait giderler,

- a. Kısırlık (infertilite) tanı, tetkik tedavi ve komplikasyonlarına ait giderler (ovülasyon takibi, tüp bebek, mikroenjeksiyon, histero salpingografi, histerosonografi, spermiyogram, AMH -Anti Mülllerian Hormon gibi) ile kısırlıkla bağlantılı varikozel, endometriozis, adezyon (tüp yapışıklığı) tanılarıyla yapılan ameliyatlara ait giderler,
b. Düşük araştırılması ve gebelik öncesi kontrol amaçlı yapılan tetkikler,
c. Doğum kontrol ilaçları (doğum kontrolü dışında tıbbi gereklilik nedeniyle kullanılan doğum kontrol ilaçları hariç), isteğe bağlı küretaj, rahim içi araç takılması (spiral gibi), vazektomi, tüp ligasyonu gibi doğum kontrol yöntemlerine ait giderler

İstisnai Durum: c maddesi için Hamilelik Doğum teminatı kapsamında belirtilen aile planlaması yöntemleri kapsam dahilindedir.

10. Her türlü sünnet giderleri ve fimozis tedavisi,

11. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider,
a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,
b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, mini bar gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,
c. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,

12. Aşağıda belirtilen göz hastalıklarına ilişkin olarak;

- a. Gözde kırılma kusurlarıyla (miyopi, hipermetropi, astigmatizm gibi) ilgili her türlü tetkik, ilaç, malzeme (multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) tedavi ve komplikasyon giderleri,
b. Göz kaymaları, şaşılık, görme tembelliği ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri (şaşıklık ameliyatları, ortoptik tedaviler gibi),

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

14. Genital ve anal bölgede oluşan herpes, papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkürinata vb.) ve molluscum contagiosum tetkik, tedaviler ve komplikasyonlarına ait giderler,

15. Aşağıda belirtilen yerlerde veya sağlık kurumu tanımına uymayan diğer merkezlerde yapılan her türlü gider ile hastanede özel hemşire, yardımcı sağlık personeli (fizyoterapist, solunum terapisti, hasta bakıcı gibi)

- a. Sanatoryum, huzurevi, bakımevi, kaplıca ve termal merkezleri ve benzeri kuruluşlardaki her türlü gider (fizik tedavi dahil),
b. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezleri, Anti Aging Merkezleri, Sağlıklı Yaşam Merkezleri, Yaşam Koçluğu Merkezleri, Zayıflama Merkezleri, Spor Merkezleri, Ayak Sağlığı Merkezleri, Estetik, Kozmetik, Güzellik ve Lazer Merkezlerinde yapılan her türlü gider,
c. Lens ve optik merkezlerinde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

d. İşitme cihazı satan merkezlerde yapılan muayene, tetkik ve tedaviler,

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

17. Yaşlılıktan ileri gelen rahatsızlıklar, bunama ile ilgili rahatsızlıklar ve diğer demansial hastalıklar ile ilgili her türlü gider,

İstisnai Durum: Alzheimer hastalığı ile ilgili muayene, tetkik ve tedavi giderleri kapsam dahilindedir.

18. Alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen ve benzeri maddelerin bağımlılığı veya bu maddelerin kullanımı sonucu oluşan zehirlenme, hastalık ve kazalara ait her türlü sağlık gideri,

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

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

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

22. Telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), estetik amaçlı enjeksiyonlar, nazal valv ile ilgili girişimler, burun estetiği, meme büyültme, küçültme ve estetik operasyonları

(meme kanseri sonrası uygulanan estetik tedaviler hariç), aksesuar meme cerrahisi, yağ aldırma (liposuction), karın estetiği (abdominoplasti), yüz gerdirme, göz kapağı ve çevresi estetiği, saç dökülmesi (alopesi areata hariç) ile ilgili tedaviler, saç ekimi, deri kurummasını ve terlemesini önleyen tedaviler, yaşlanmayı geciktirici (anti aging) tedaviler gibi her türlü estetik ve kozmetik amaçlı tedavi, ameliyat, kontrol ve komplikasyonlarına ilişkin giderler,

23. Ses ve konuşma terapileri,

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

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

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

27. Kordon kanı alımı ve saklanması ile ilgili her türlü gider,

28. Kök hücre ve embriyo klonlanması, nakli ve bu yöntemler kullanılarak yapılan tedaviler ile saklama ve transferine ait giderler (kanser tanısıyla yapılan kemik iliği nakilleri hariç),

29. Poliçede tercih edilmeyen teminatlar,

30. Acil vakalar dışında sigortacıya en az 24 saat önce bildirilmeden yapılan yatarak tedaviler,

31. Dış hekimi tarafından yapılan her türlü muayene, tedavi, ameliyat ve protezler (endodontik, periodontik, tedaviler, ile ağız, diş ve çene cerrahisi gibi)

32. Gözlük, (çerçeve ve cam) bedeli ile kontakt lens masrafları,

33. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 98.maddesi gereğince Sigortalılar'ın ödemekle yükümlü oldukları katılım payları,

34. Allianz Sigorta veya başka bir sigorta şirketindeki poliçenin konusu olan sağlık giderine ait sigortalı katkı payı ve/veya muafiyet tutarı,

35. Sigortalı'nın kullanıcı sınıfına uygun olmayan ehliyet ile ya da hiç bir şekilde ehliyet sahibi olmaması durumunda araç kullanırken oluşan kazalara ait her türlü sağlık gideri)

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

15. Diğer

15.1. Bilgi Paylaşımı ve Bilgi Temini

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

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

15.2. Sorumluluğunun Yerine Getirilmemesi

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlanması/yararlandırılması, aile kapsamındaki Sigortalılar'ın sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer Sigortalılar adına düzenlettirmesi, teminat kapsamında olmayan giderlerin teminat kapsamına alınmasına yönelik suistimal girişimleri ve sayılanlarla sınırlı olmamak üzere benzeri nitelikteki kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi iptal etme hakkına sahiptir.

15.3. Sigortalı/Sigorta Ettiren Bilgilendirmeleri

Sigortacı, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin Sigorta Ettiren'e; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda Sigorta Ettiren'e/Sigortalı'ya yazılı veya elektronik ortamda bilgilendirme yapar. Sigortacı, bu bilgilendirmeyi yaparken şirket kayıtlarında yer alan güncel iletişim bilgilerini esas alır.

Ancak bu iletişim bilgilerinden en az birinin değişmesi veya eksik/hatalı iletilmesi durumlarında, Sigortalı/Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya derhal yazılı bildirim yapılmadığı sürece, Sigortacı kendi kayıtlarında yer alan iletişim adreslerine yapacağı bildirim ile bilgilendirme yükümlülüğünü usulüne uygun olarak yerine getirmiş sayılır.

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

15.4. Rücu ve İstirdat Hakkı

Sigortacı, Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre ödediği sağlık giderlerinin oluşumunda üçüncü şahısların sorumlu olması durumunda, Sigortalı'nın yerine geçerek ödediği tazminat miktarını üçüncü şahıslara rücu edebilir. Sigortacı, Sigortalı/Sigortalılar adına Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları'na, üçüncü kişilere veya Sigortalı/Sigortalılar

hesabına ödediği ancak Poliçe Özel ve Genel Şartları'na göre haksız nitelikte olduğu sonradan anlaşılan, tazminat dahil her türlü ödemeyi, doğrudan Sigortalı/ Sigortalılar'dan talep edebilir.

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

15.5. Ekonomik Yaptırımlar

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