

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÖZEL HUKUK (TİCARET HUKUKU)
ANABİLİM DALI

161 099

HASTALIK SİGORTALARI

Yüksek Lisans Tezi

Serdar DEMİRCİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kemal ŞENOCAK

Ankara-2004

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÖZEL HUKUK (TİCARET HUKUKU)
ANABİLİM DALI

HASTALIK SİGORTALARI

Yüksek Lisans Tezi

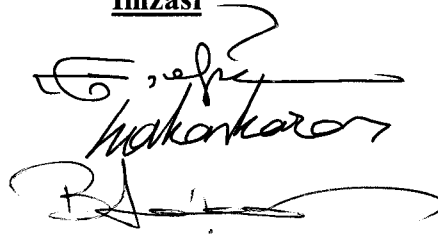
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kemal ŞENOCAK

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

Doç. Dr. Kemal ŞENOCAK
Yrd. Doç. Dr. Hakan KARAN
Yrd. Doç. Dr. Beşir Fatih DOĞAN

İmzası



Tez Sınavı Tarihi: 08.06.2005

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
KAYNAKÇA	V
KISALTMALAR	XIV

GİRİŞ	1
-------	---

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTALARINA İLİŞKİN TEMEL ESASLAR

1- HASTALIK SİGORTALARINDA AMAÇ ve KAVRAMLAR	4
A) Amaç	4
B) Sağlık, Sağlık Hakkı ve Hastalık	6
C) Hastalık Sigortası Kavramı	9
2- DÜNYADA HASTALIK SİGORTALARININ GELİŞİMİ	12
3-TÜRKİYE'DE HASTALIK SİGORTALARININ GELİŞİMİ	14
4- HASTALIK SİGORTALARININ ABD ve AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDEKİ UYGULANIŞI	21
A) ABD' de	21
B) AB Ülkelerinde	23
a- İngiltere	29
b- Almanya	31
5-TÜRK SAĞLIK SİGORTACILIĞI AÇISINDAN YAŞANILAN SORUNLAR	34

İKİNCİ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTALARININ KONUSU ve RİSK ANALİZİ, SAĞLANAN TEMİNATIN KAPSAMI ve TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

1- HASTALIK SİGORTALARININ KONUSU VE RİSK ANALİZİ	38
A) Konu	38
B) Risk Analizi	40
a- Yaş	40
b- Cinsiyet	41
c- Meslek	41
d-İş Tecrübesi ve Çalışma Hayatı	42
e- Sağlık Durum	42
f- Sigorta Süresi	43
g-Yerleşim ve Poliçenin Coğrafi Sınırı	43
h- Özel Uğraş, Alışkanlıklar ve Yaşam Stili	43

2- HASTALIK SİĞORTALARINDA TEMİNAT KAPSAMI	46
A) Yatarak Tedavi Giderleri	47
a- Ameliyat Giderleri	49
b- Hastane Tedavi Giderleri	51
c- Yoğun Bakım Giderleri	51
B) Kemoterapi, Radyoterapi Giderleri	52
C) Ayakta Tedavi Giderleri	52
a- Doktor Muayene Giderleri	53
b- İlaç Giderleri	53
c- Tahlil Giderleri	53
d- Röntgen ve Diğer Tetkik Giderleri	54
D) Tedavi Giderleri	55
a- Küçük Müdahaleler Teminatı	55
b- Fizik Tedavi Giderleri Teminatı	55
E) Modern Tanı Yöntemleri	56
F) Doğum Giderleri	58
G) Acil Yardım Teminatları	59
H) Yapay Uzun Teminatı	60
I) Gözlük, Lens Teminatı	61
J) Diş Tedavisi Teminatı	61
K) Gündelik Tazminat ve Malûliyet Halinde Gelir Kaybı Teminatı	62
3- TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	64
A) Hastalık Sigortası Genel Şartları Madde 2’de Belirtilen Durumlar	64
B) Poliçe Özel Şartlarında Düzenlenecek Çeşitli Teminat Dışı Haller	65

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTALIK SİĞORTASI TÜRLERİ ve HASTALIK SİĞORTALARININ SİĞORTA TASNİFİ İÇİNDEKİ YERİ

1- HASTALIK SİĞORTASI TÜRLERİ	71
A) Ferdi Sağlık Sigortaları	71
a- Geniş Kapsamlı Paket Poliçeler (Limitsiz Sağlık Sigortaları)	72
b- Standart Poliçeler	73
c- Bütçeye Uygun Hesaplı Poliçeler	74
d- Üst Yaş Grubu Poliçeleri	75
e- Uzun Süreli Sağlık Sigortaları	75
f- Tehlikeli Hastalık Sigortaları	76
g- Seyahat Sağlık Sigortası	79
h- Tercihli Sağlık Sigortası	82
h-Bölgesel Sağlık Sigortaları	84
B) Grup Sağlık Sigortaları	85
C) Primlerin Çalışanlarca Ödendiği Grup Sağlık Sigortaları	86
2- HASTALIK SİĞORTALARININ MAL ve CAN SİĞORTALARIYLA OLAN İLİŞKİSİ	87

3- SOSYAL SİGORTALAR ile SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMLARI ve ÖZEL SİGORTALARIN (HASTALIK SİGORTALARININ) SOSYAL SİGORTALARLA KARŞILAŞTIRILMASI	91
4- TÜRKİYE'DEKİ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE HASTALIK SİGORTALARININ SİSTEM İÇİNDEKİ YERİ	97

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİ

1- SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN HUKUKİ NİTELİĞİ	107
2- HASTALIK SİGORTASI AKDİNİN İN'İKADI ve HİMAYENİN BAŞLAMASI	111
A) Hastalık Sigortası Akdinin İn'ikadı ve Himayenin Başlaması	111
B) Teminat Kapsamının Süre ve Yer Olarak Sınırlanması	114
3-HASTALIK SİGORTASINDA TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ ve KÜLFETLERİ	120
A) Sigorta Ettirenin Külfet ve Yükümlülükleri	120
a- Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Yükümlülüğü	122
b- Sigorta Ettirenin Külfetleri	127
aa- Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken İhbar Külfeti	129
bb- Sigorta Ettirenin Sigorta Süresi İçindeki İhbar Külfeti	135
cc- Sigorta Ettirenin veya Sigortalının Rizikonun Gerçekleşmesinden Sonraki İhbar Külfeti	137
dd- Sigorta Ettirenin Zararı Önleme Külfeti	139
B) Sigortacının Yükümlülükleri	141
a- Poliçe Verme Yükümlülüğü	142
b- Sır Saklama Yükümlülüğü	145
c- Sigorta Bedelini Ödeme Yükümlülüğü	146
aa- Sigorta Bedelinin Kapsamı	147
bb- Sigorta Bedelinin Nitelikleri	147
cc- Sigorta Bedelinin Ödenmesinin Ön Koşulları	149
i-Rizikonun İhbarı	149
ii-Riziko Halinde Gerekli Önlemlerin Alınması	149
iii-Belgelerin Sigortacıya Teslimi	150
dd- Sigorta Bedelinin Saptanması ve Ödenmesi	151
4- SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI	155
5- ZAMANAŞIMI	162
6- HASTALIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ	165
A) Sözleşme Süresinin Sona Ermesi	165
B) Sigorta Konusunun Ortadan Kalkması	167
C) Rizikonun Gerçekleşmesi	168
D) Fesih ve Cayma Hakkının Kullanılması	169
E) Sigortacının İflası	170
SONUÇ	172

EKLER		179
Ek 1	: Hastalık Sigortası Genel Şartları	180
Ek 2	: Hayat Sigortası Genel Şartları	190
Ek 3	: Uygulamadan Örnekler	203



KAYNAKÇA

- A Plan For Living** Victory Reinsurance Company Yayını, İngiltere 1999
- Akay, H.** Hayat Sigorta Şirketlerinde Hesap İşleri Düzeni, İstanbul 2001
- Akmut, Ö.** Hayat Sigortası Teori ve Türkiye’deki Uygulama, Ankara 1980
- Akyazar, S.** “*Banka ve Sigorta Hukukunu İlgilendiren İki Önemli İçtihat Üzerine İncelemeler ve Eleştirmeler*” (Sigortacının Rücu Hakkının Tabî Olduğu Zamanaşımı ve Bunun Başlangıcı), İmran Öktem’e Armağan, Ankara 1970
- Alexander, D; Chesmore, R.**
- Galley, R.; Goddard, L.** “*Özel Sağlık Sigortaları Teori ve Uygulamaları*”, Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Yayınları, İstanbul 1996
- Altan, M. & Aslanlar, İ.** “*Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Özel Sigorta Şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir Özelleştirme Modeli*”, Reasürör Dergisi, Ekim 2001, S. 42
- Arkan, S.** Ticari İşletme Hukuku, BTHAE Yayınları, 7. Baskı, Ankara 2004
- Arseven, H.** Sigorta Hukuku, İstanbul 1987
- Atabek, R.** Sigorta Hukuku, İstanbul 1950

- Atabek, R.** “Zarar Görenin Doğrudan Doğruya Sigortacıya Müracaat Hakkı”, Batider, 1971, C. VI., S. 1, s. 111
- Ath, H.** “Özel Sağlık Sigortalarında Aşırı Kullanımların Boyutu ve Nedenlerini Belirlemeye Yönelik Bir Saha Araştırması”, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2002
- Axa Oyak A.Ş.** Özel Sağlık Sigortası Bilgi Kitapçığı, 2001
- Axa Oyak A.Ş.** Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar, Yayın Tarihi: 17.09.2001
- Aytekin, Y.** “Türkiye’deki Sağlık Sistemi ve Özel Sağlık Sigortaları”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2000
- Babaoğlu, A.N.** Sağlık Sigortaları ve Sağlık Sigortacılığı, İstanbul 1993
- Babaoğlu, Ö.** “Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarında Avrupa Örnekleri”, Sigorta Dergisi, Yıl 3, S. 34
- Baran, İ.** “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Yönetim Yapıları ve Sağlık Hizmetleri”; TODAİ Kamu Yönetimi Lisans Üstü Uzmanlık Programı Tezi, Ankara 1998
- Bağatur, Ç.** “Can Sigortalarında Sigortacının Yasal Ardıllığı”, Prof. Dr. Faruk Erem Armağanı TBB. Yayın No: 8, Ankara 1999

- Baroda Birlik Grubu** Avukatlık Mesleğinde Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik & Sosyal Güvenlik Projelerimiz, Yayın No:1
- Başak Hayat** Kişisel Birikim Sigortası Açıklama Kitabı, Aralık 2001
- Bilge, M. E.** “*Sigorta Tazminatını Alan Sigortalının Zarar Veren Üçüncü Şahısla Yaptığı İşlemlerin Sigortalının Halefiyeti Üzerindeki Etkisi ve Yargıtay Uygulaması*”, Hayri Domaniç’e 80. Yaş Günü Armağanı, İstanbul 2001
- Bozer, A.** “*Sigortalının Rücu Hakkı*”, Batider, 1964, C. II, S. 3
- Bozer, A.** Sigorta Hukuku, Ankara 1981
- Bozer, A.** Sigorta Hukuku, Genel Hükümler–Bazı Sigorta Türleri, BTHAE, İkinci Baskı, Ankara 1986
- Bryan, J.** “*Sağlık Sigortalarında Hasarların İzlenmesi*”, Aktüerler Derneği II. Uluslararası Semineri, Sağlık Sigortaları, İstanbul, Ekim 1992
- Çelikoğlu, İ.** “*Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması*”; DPT Uzmanlık Tezi; Yayın No:DPT 2055-YUSPKGGM, Ankara
- Çoruh, M** Nüfus ve Sağlık, Türkiye’nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu, Ankara 1983
- Dash, A. & Grimshaw, D.** Dread Disease Cover, An Actuarial Perspective, Staple Inn Actuarial Society Yayını, İngiltere 1990
- Dilik, S.** Türkiye’de Sosyal Sigortalar, Ankara 1972

- Duman, H.** “*Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda İşçilerin Hastalık Sigortası*”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1994
- Dünya Gazetesi** 1997 Türkiye’de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor-30.11.1998
- Düstur** I. Tertip, C.2
- Eriş, S. B.** “*Limitsiz Sağlık Sigortaları Genel bir Yaklaşım*”, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1992
- Eriş, N.** “*Tehlikeli Hastalık Sigortaları*”, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1992
- Göçmen, E.** “*Özel Sağlık Sigortalarının Hukuki Boyutları (I)*”, S. 176, 03.05.2004, <http://www.turkiye-klinikleri.com>
- Göçmen, E.** “*Özel Sağlık Sigortalarının Hukuki Boyutları (III)*”, S. 178, 17.05.2004, <http://www.turkiye-klinikleri.com>
- Göçmen, E.** “*Özel Sağlık Sigortalarının Hukuki Boyutları (IV)*”, S. 179, 24.05.2004, <http://www.turkiye-klinikleri.com>
- Güneş Hayat** Sağlık Sigortaları Bilgilendirme Kitapçığı, İstanbul 2001
- Güvel, E.- Güvel, A.** Sigortacılık, Ankara 2002

- Güven, O.** Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, İstanbul 1995
- Güzel, A., Okur, A.R.** Sosyal Güvenlik Hukuku, 4. Bası, İstanbul 1994,
- Karayalçın, Y.** Risk-Sigorta, Sigorta Risk Yönetimi, Özel Sigorta Hukukuna Giriş, Ankara 1984
- Karpuzoğlu, E.** “*Türk Sağlık Sigortacılığı Sisteminin Sağlık Kurumlarıyla Yaşadığı Sorunların Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma*”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul 1994
- Kender, R.** Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku I, 7. Bası, İstanbul 2001
- Kender, R.** “*Sigorta Sözleşmesinin Süresine İlişkin Bazı Sorunlar*”, Sigorta Hukuku Dergisi, 1998, S. 1
- Kılıçoğlu, A./ Ayiter, N.** Miras Hukuku, Ankara, 1993
- Kubilay, H.** Uygulamalı Özel Sigorta Hukuku, İzmir 1999
- Koç Allianz** Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar, 2002
- Kuru, B.** Hukuk Muhakemeleri Usulü El Kitabı, Genişletilmiş ve Yenilenmiş 4. Baskı, İstanbul 1995
- Kuru, B.** Hukuk Muhakemeleri Usulü, 6. Baskı, İstanbul 2001
- Kuru, B./Arslan, R./Yılmaz, E** İcra ve İflas Hukuku, 17. Baskı, Ankara 2004
- Kuru, B./Arslan, R./Yılmaz, E.** Medeni Usul Hukuku, 11. Baskı, Ankara 1999

Medicana	Genel Sağlık Ansiklopedisi, C. 12
Moser, H.	Özel Hastalık Sigortaları II, Türk Sigorta Vakfı Yayınları, TSEV 35, TSEV 1996
OECD	Health Data-1997
Oğuzman, K/ Öz, T.	Borçlar Hukuku, İstanbul 1998
Oğuzman, K/Seliçi, Ö.	Eşya Hukuku, İstanbul 1997
Omağ, M.K.	<i>“Türk Hukukunda Mecburi Sigortalara ve Sorunlarına Genel Bir Bakış”- Zorunlu Sigortalar Paneli (Sigorta Hukuku Türk Derneği) İstanbul 1993</i>
Omağ, M.K.	Türk Sigorta Hukukunda Rizikonun Ağırlaşması Sorunu, İstanbul 1985
Omağ, M.K.	Türk Hukukunda Sigortacının Kanuni Halefiyeti, İstanbul 1983
Özta, B.	Medeni Hukukun Temel Kavramları, 8. Bası, Ankara 2002
Özta, F.	<i>“Sigorta Akdinin İnikadında İhbar Mükellefiyeti”</i> , BTHAE, Ankara 1965
Özgüç, F.	Sigortacılık Programı Hayat Dalı Sigortaları Ders Notu, Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Yayınları, İstanbul 1996/97
Pekiner, K.	Sigorta İşletmeciliği, İstanbul Üniversitesi, Yayın No:2826, İstanbul 1981

- Richardson, J. H.** İktisadi ve Mali Yönüyle Sosyal Güvenlik, (Çeviren: Turan Yazgan) İstanbul 1970
- Sağlık Bakanlığı** Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1985, Ankara 1986
- Sayhan, İ.** Sigorta Sözleşmelerinin Konusu, Ankara 2001
- Somer, M.** Türk Ticaret Kanunu ve Ticari Mevzuat, İstanbul 1998
- Şakar, M.** “*Sosyal Güvenlikte Çözüm Özelleştirme Değil Özerkleştirmedir*”, İşveren Dergisi, Sayı 11, Ağustos 1992
- Şeker, Z.** “*Sigorta Sözleşmesinin Hukuki Niteliği Üzerine*”, Prof. Dr. Kemal Oğuzman’ın Anısına Armağan, İstanbul 2000
- Şenocak, K.** Özel Sigorta Hukuku Mevzuatı, İkinci Bası, Ankara 2003
- Taşbaşı, İ.** “*Sosyal Güvenlik Yönünden Özel Sigortalar*”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1995
- Tekinay/Akman/
Burcuğolu/Altıp** Tekinay Borçlar Hukuku, Genel Hükümler, 6. Bası, İstanbul 1988
- Tekil, F.** “*Sigorta Hukukunda Tazmin İlkesi ve Rücu Hakkı*”, Prof. Dr. Ali Bozer’e Armağan, Ankara 1998

- Tiryaki, D** “*Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin Düzeyi*”, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1998
- Tozan, C.** “*Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Yasa Taslakları ve SSK’nın Gelecekteki Muhtemel Durumu*”, İşveren-Tisk, C. 42, S. 4, Ocak 2004
- Tunçomağ, K.** “*Sosyal Sigortalar Kavramı ve Özellikleri*”, Reasürör Dergisi, Ocak 1997, S.23
- Tunçomağ, K.** Sosyal Sigortalar, 5. Bası, İstanbul 1990
- Tunçomağ, K.** Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar, 4. Bası, İstanbul 1988
- Türker, N.E.** “*Özel Sağlık Sigortalarında Fiyatlandırma*”, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1993
- Türkölmez, A.S.** “*Uzun Süreli Sağlık Sigortaları/ Long Term Health Insurance*”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1994
- Ulaş, I.** Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, 2. Bası, Ankara 2002
- Ulaş, I.** Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, Ankara 1996
- Ünan, S.** Hayat Sigortası Sözleşmesi, İstanbul 1998
- Yazgan, T.** Sosyal Sigorta, İstanbul 1997, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Yayın No: 402

Yılmaz, G.

Hastalık Sigortası, SMK Yayını, İstanbul 1989

Yılmaz, E.& Gökşen, N.

“Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi”, Reasürör Dergisi, Ocak 2000, S. 35

Yücel, A.N.

“Sağlık Sigortası Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri”, Reasürör Dergisi, 1995, S. 17, s. 14

Yücel, A.

“Sağlık Sigortaları”, Reasürör Dergisi, 1991, S. 2, s. 10

Yararlanılan İnternet Siteleri

<http://www.akbank.com.tr>

<http://www.anadoluhayat.com.tr>

<http://www.axaoyak.com.tr>

<http://www.basak.com.tr>

<http://www.garanti.com.tr>

<http://www.genelyasam.com.tr>

<http://www.gunessigorta.com.tr>

<http://www.kocallianz.com.tr>

<http://www.leylek.com>

<http://www.sigortam.net>

KISALTMALAR

AB	:	Avrupa Birliği
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
age.	:	Adı Geçen Eser
agm.	:	Adı Geçen Makale
agt.	:	Adı Geçen Tez
A.Ş.	:	Anonim Şirket
BATİDER	:	Banka ve Ticaret Hukuku Dergisi
BTHAE	:	Banka ve Ticaret Hukuku Araştırma Enstitüsü
BK	:	Borçlar Kanunu
bkz.	:	Bakınız
C.	:	Cilt
dpn	:	Dipnot
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
E.	:	Esas
GSMH	:	Gayrî Safi Milli Hasıla
GSS	:	Genel Sağlık Sigortası
HD	:	Hukuk Dairesi
HIC	:	Avustralya Hükümeti Sağlık Sigortası Komisyonu
Hay.SGŞ	:	Hayat Sigortası Genel Şartları
HSGŞ	:	Hastalık Sigortası Genel Şartları
HUMK	:	Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu
ILO	:	Uluslararası Çalışma Örgütü
İ.Ü.	:	İstanbul Üniversitesi

İBK	:	İçtihadı Birleştirme Kararı
K.	:	Karar
KHK	:	Kanun Hükmünde Kararname
md.	:	Madde
MK	:	Medeni Kanun
M.Ü.	:	Marmara Üniversitesi
No.	:	Numara
Oyak	:	Ordu Yardımlaşma Kurumu
R.G.	:	Resmi Gazete
S.	:	Sayı
s.	:	Sayfa
S.B.E.	:	Sosyal Bilimler Enstitüsü
SHD	:	Sigorta Hukuku Dergisi
SMK	:	Sigorta Murakabe Kanunu
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
T.C.	:	Türkiye Cumhuriyeti
T.D.	:	Ticaret Dairesi
TİSK	:	Türkiye İşverenler Sendikaları Konfederasyonu
TTBAÜT	:	Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi
TTK	:	Türk Ticaret Kanunu
vd.	:	Ve Devamı
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
Y.	:	Yargıtay
YD	:	Yargıtay Dergisi
YKD	:	Yargıtay Kararlar Dergisi

GİRİŞ

Sigorta, modern dünyanın artık bir vazgeçilmezi konumuna gelmiştir. Kendini daha fazla güvende hissetmek isteyen insanlar, ya evlerini ya arabalarını ya da kendilerini sigorta ettirerek karşılaştıkları üzücü durumları en az maddi kayıpla atlarmaya çalışır. Günümüzde, gelişen yaşam ve teknoloji koşulları karşısında, insanı ve toplumu tehdit eden tehlikeler de çoğalmıştır. Bunun sonucu olarak bu beklenmedik tehlikelere karşı önceden güvence sağlayan sigortacılık sistemi giderek gelişmeye ve toplumda yerleşmeye başlamıştır.

Beklenmedik bir risk niteliğinde olan hastalık da kişiye yalnızca fiziksel ve ruhsal acılar vermekle kalmayıp, aynı zamanda kişinin tek başına katlanamayacağı malî külfetlere sebep olmaktadır. Hastalık ve ölüm, ne zaman, nerede ve nasıl karşılaşılabileceği bilinmeyen risklerdir. Hastalık riski ile ne zaman karşılaşılacağı bilinmemesi ve hastalık riski ile karşılaşıldığı anda sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti ile karşılaşılabileceği kişileri, kendilerini güvence altına alma ihtiyacına yönlendiren bir etken olmuştur. Sanayileşmeyle birlikte iş kazalarında ve hastalıklarda büyük oranda bir artış olması, ülkemiz sosyal güvenlik sisteminin sağlıklı bir şekilde işlememesi ve özel klinik ve doktor masraflarındaki artış beraberinde yeni bir sağlık sigortası arayışına neden olmuştur. Buna bağlı olarak sigortacılığın en önemli dallarından biri olan ve en önemli varlığımızı, sağlığımızı güvence altına alan özel sağlık sigortaları kurulmuş ve zaman içinde büyük bir gelişme göstererek yaygınlaşmıştır.

Sağlık ile birey birbirinden ayrılmaksızın, birbirini bütünleştirici değerlerdir. Çünkü sağlıklı bir bireyin sağlığını korumak, sağlıksız bir bireyinse iyileşerek sağlıklı bir duruma gelip ülke ekonomisine katılmasını sağlamak, ekonomik hayatın sürmesi ve gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Ülkemiz genelinde sigortacılık faaliyetleri henüz istenilen noktaya ulaşmış değildir. Dünyada sigortacılık mesleği ve sigorta işlemleri, güven ihtiyacının artmasına bağlı olarak hızla gelişmekte ve bu gelişme, sigorta türlerinin ve sigorta yaptırımlarının sayısının artmasına neden olmaktadır. Ancak dünyadaki bu hızlı gelişme, ülkemizde özellikle sigorta türlerinin artış oranı bakımından paralel bir seyir gösterememektedir. Bunun da temel nedeni, tanıtım ve eğitim eksikliği, toplumun genel ekonomik ve kültür seviyesinin istenilen seviyede olmayışı, kısaca sigorta bilincinin toplumda tam anlamıyla yerleşmeyişi olarak ifade edilebilir.

Eğitim ve kültür seviyesinin düşük olduğu toplumlarda, değil sağlık sigortası bilincinin oluşması, sigortacılık bilincinin varlığından bahsetmek bile hayalcilik olur. Ülkemizdeki sigortalı sayısının artmasına rağmen, sigortanın fayda ve avantajlarının yeterince anlatılamaması sonucu, sigortalı kişilerin oranı henüz %20'ye bile ulaşamamıştır. Başka bir ifadeyle, yetersiz tanıtım sonucu büyük bir kesim hâlâ sigortayı para tuzağı, lüks veya gereksiz bir harcama olarak görmektedir. Ancak bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça sigorta bilinci yerleşeceği gibi, sigortanın bir lüks değil, tam aksine bir ihtiyaç olduğu anlaşılabilecektir. Bu da sigortanın ve sigortacılığın öneminin daha iyi tanıtılması ve bireylere aşılabilmesi ile sağlanabilir. Bu çerçevede, bizim bu tezi hazırlamamızdaki temel amaç da sigortacılık ve özellikle

hastalık sigortalarına ilişkin genel bir değerlendirmeyle, sigortanın ve sigortacılığın öneminin daha iyi tanıtılması ve bireylere aşılanabilmesinde ufak da olsa bir katkıda bulunabilmektedir. Bu konunun incelenmesindeki diğer bir amaç da; önemi giderek artmakta olan hastalık sigortalarının, sigorta hukuku ve sigortacılık sektörü içindeki yerini incelemek ve sigorta hukuku alanında çalışan araştırmacı ve sigorta sektöründeki uygulayıcılara yeni ve faydalı bir kaynak sunabilmektedir.

Bu noktada hazırladığımız tezin önemini, sağlık hizmeti alma hakkını, kurallar çerçevesinde belirleyip tanımlayarak kişilere sunan ve bir güvence oluşturan, sigortacılar bakımından da bu sayede kazanç sağlama imkanı yaratan hastalık sigortalarının çeşitli açılardan değerlendirilebilmesi, olarak ifade edebiliriz.

Bu bağlamda tezde ilk olarak, hastalık sigortasına ilişkin temel esaslar ele alınacak ve bu kapsamda öncelikle amaç, kavram, tarihsel gelişim ve yurt dışındaki uygulamalara değinilecektir. Ardından hastalık sigortasının konusu, kapsamı, teminat ve teminat dışı kalan halleri incelenip, sonrasında bu sigortanın diğer sigorta türleri ile olan ilişkisi üzerinde durulacaktır. Son bölümde de, hastalık sigortası sözleşmesi kapsamında, sözleşmenin kuruluşu, sona ermesi ve tarafların hak ve yükümlölükleri incelenecektir

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTALARINA İLİŞKİN TEMEL ESASLAR

1- HASTALIK SİGORTALARINDA AMAÇ ve KAVRAMLAR

A) Amaç

Hastalık, insanların ekonomik güçlerini olumsuz yönde etkileyen bir unsurdur. Yaşayan bir organizma olarak insan, hayatı boyunca gerek kendisinden gerekse dış etkenlerden kaynaklanan çeşitli hastalıklara maruz kalabilir. Bu hastalıklar, insanın çalışma gücünü olumsuz etkileyebileceği gibi tamamen de ortadan kaldırabilir. Ayrıca tedavi için gerekli doktor, ilaç ve bazen hastane masrafları gibi giderlere de neden olabilir¹.

Bu çerçevede, bireylerin ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı devlet gözetim ve denetiminde güvence altına almayı amaç edinmiş sosyal hizmetler, sosyal yardımlar ve sigortalıların meydana getirdiği, sosyal güvenlik sistemleri geliştirilmiştir. Sosyal güvenlik sistemlerinin emeklilik, sağlık ve işsizlik olmak üzere üç ayağı vardır. Sosyal güvenliğin ikinci ayağını oluşturan sağlık sigortası uygulamaları, hasta olan kişilere yardım etmek şeklinde ortaya çıkmıştır. Sağlık sorunlarının çözümlenmişliğinin iki temel kriteri vardır. Birincisi, herkese ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini uygun kalitede sunmak; ikincisi, sağlık hizmetlerini herkes için ulaşılabilir kılmaktır. Gelişmiş ülkeler yeterli sağlık hizmetlerini piyasaya

¹ Işıl Ulaş, **Uygulamalı Can Sigortası Hukuku**, Ankara 2002, 2. Bası, s. 200

sunarak ve uygun bir sağlık sistemi ile herkese ulaşarak, sağlık sorunlarını büyük ölçüde çözmüşlerdir. Ancak toplumdaki fertlerin tamamına güvence sağlamak, bu güvenceyi bozacak tehlikeleri engellemek ve muhtemel etkilerini azaltmak amacını taşıyan sosyal güvenliğin bir maliyeti vardır ve bu maliyete devlet muhataptır. Fakat, devletin bu maliyeti karşılaması ve sosyal güvenlik sistemine işlerlik kazandırmasında o ülkenin kendi iç dinamiklerine ve ekonomik yapısına bağlı çeşitli sorunlarla karşılaşması mümkündür. Ülkemiz açısından da birçok ekonomik, politik ve sosyal nedenlerden dolayı sosyal güvenlik kuruluşlarımızın, yapısal ve fonksiyonel dejenerasyona uğradığı bir ger ektir².

Bu noktada hastalık ya da kaza sonucu sigortalıların tedavi masraflarını ödemeyi amaçlayan sağlık sigortaları devreye girmektedir. Yaşam risklerinin ve buna bağlı olarak hastalık türlerinin de giderek artması, sağlık hizmeti almayı kişinin en temel haklarından birisi haline getirmiştir ve insanların yaşamları boyunca kendilerini tehdit eden hastalık rizikosuna karşı ekonomik zararlarını gidermek amacıyla hastalık sigortası türünü geliştirmelerine neden olmuştur.

Ayrıca  zel sağlık sigortalarının; sigortalılara diledikleri doktor ya da sağlık kurumunu seçme özgürlüğünü sağlanması, sigorta yılı içinde sigortalıların geçirdiği herhangi bir kaza ya da hastalık sonucu yaptırdıkları ayakta ya da yatarak teşhis ve tedavilerine ait masraflarını dünyanın neresinde olurlarsa olsun karşılayabilmeleri

² Mikail Altan & İsmail Aslanlar, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın  zel Sigorta şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir  zelleştirme Modeli”, **Reasürör**, Ekim 2001, S. 42, s. 19-35

olanağını vermesi ve sigortalıların hastalanması halinde özel sağlık kuruluşlarında yaptırdıkları tedaviler ile ilgili yüksek meblağlı giderleri karşılayarak, sigortalıların en zor anlarında en büyük yardımcısı olması kişilerin bu sigorta türüne yönelmesinde büyük etken olmuştur³.

B) Sağlık, Sağlık Hakkı ve Hastalık

Hastalık sigortası, hastalık ya da kaza sonucu meydana gelen aksaklıkların giderilmesini, sigortalının tedavi masraflarını ödemeyi veya çalışma yeteneğinin kaybolması halinde kişinin kendisinin ve yakınlarının güvence altına alınmasını amaçlayan bir sigorta türüdür⁴. Ancak hastalık sigortası kavramından önce *sağlık*, *sağlık hakkı* ve *hastalık* kavramlarına değinmek gerekir.

Soyut bir kavram olarak *sağlık*, çeşitli kuruluş ve bilim dallarında farklı şekillerde tanımlanmıştır. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) sağlığı; sadece hastalık ve sakatlıkla sınırlı tutmayıp, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır.⁵ Başka bir açıdan sağlık, bireyin fiziksel, duygusal,

³ Ali Yücel, “*Sağlık Sigortaları*”, **Reasürör Dergisi**, 1991, S. 2, s. 11

⁴ Özdemir Akmut, **Hayat Sigortası Teori ve Türkiye’deki Uygulama**, Ankara 1980, s. 17

⁵ Mithat Çoruh, **Nüfus ve Sağlık, Türkiye’nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu**, Ankara 1983, s. 1

zihinsel ve toplumsal açıdan çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneği olarak belirtilmiştir⁶.

Hastalık sigortasından yararlanmanın ilk koşulu hastalık halinin ortaya çıkmasıdır. Hastalık halinden neyin anlaşılması gerektiği yasalarımızda açıkça düzenlenmemiştir. Bu nedenle “*hastalık*” kavramının da açıklığa kavuşturulması gerekir. Hastalık tıbbi bir terimdir ve sağlık kavramına bağlı olarak açıklanmaktadır. Hastalık ve sağlık kavramaları, soyut kavramlar oldukları için birbirlerinden kesin bir sınırla ayrılmaları mümkün değildir. Tıp biliminde hastalık, canlı bir organizmanın yapısal bütünlüğünü bozan ya da işlevlerinde olumsuz yönde sapmaya yol açan olayların bütünü olarak tanımlanmaktadır.⁷ Sigortacılık sektörü bakımındansa hastalık; sigortalının tıbbi veya cerrahi müdahaleyi gerektirecek şekilde tıbbi ve fonksiyonel dengesinde meydana gelen bozukluk olarak algılanmaktadır⁸. Ancak hastalığın sadece, doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı biyolojik bir süreçten öte aynı zamanda ekonomik, sosyal ve kültürel bir olgu olduğunu da unutmamak gerekir.

’ Sağlık hizmeti almak, kişinin en temel haklarından biridir. *Sağlık hakkı*, bireyin cenin durumundan ölünceye kadar sahip olduğu temel bir haktır. Sağlıklı yaşama hakkına sahip olmayan ya da bu hakkı yeterince elde edemeyen bir birey

⁶ Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1985, Ankara 1986, s. 3

⁷ Medica Genel Sağlık Ansiklopedisi, C. 12, s. 170

⁸ Koç Allianz Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar, 2002, s. 1

için diğerk haklara sahip olmanın hiçbir anlamı yoktur. Bireyi birinci dereceden ilgilendiren bir hak olması nedeniyle sağlık hakkı, diğerk tüm haklardan önce gelir. Genel olarak toplumun, özel olarak da bireyin sağlık hakkını kollamak ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmasını sağlamak devletin dolayısıyla da devleti temsil eden hükümetlerin öncelikli görevleri içerisinde yer almaktadır⁹.

Sağlık hakkı, anayasal güvenceye de kavuřturulmuřtur¹⁰. Bizim anayasamızdaki sağlık hakkıyla doğrudan ilgili temel madde, “Sağlık Hizmetleri ve çevrenin Korunması” başlığı altındaki 56. maddedir. Bu maddenin devlete yüklediği görevlerden ilki, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemektir. Devlet bu görevini, kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirecektir. Devlete yüklenen sağlık alanındaki ikinci görev ise, genel sağlık sigortasının kurularak sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesini sağlamaktır.

Ayrıca anayasamızın 5. maddesinde, kişilerin ve toplumun huzur ve mutluluğunu sağlamak, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak, devlete görev olarak yüklenmiş; 17. madde de,

⁹ Yalçın Aytekin, “*Türkiye’deki Sağlık Sistemi ve  zel Sağlık Sigortaları*”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2000, s. 5

¹⁰ Hikmet Duman, “*Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda İşçilerin Hastalık Sigortası*”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1994, s. 26 vd.

herkesin yaşama maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu ifade edilmiştir¹¹.

Birey açısından bir hak ve devlet açısından sunulması bir görev olan sağlık hakkı uluslararası hukuk belgeleriyle de desteklenmiştir. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nde sağlık hakkı: *“Her şahsın gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahı temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkanlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır”*¹² şeklinde kaleme alınmıştır.

C) Hastalık Sigortası Kavramı

Önceki konularda yaptığımız açıklamalara dayanarak *hastalık sigortasını*, sağlığı güvence altına alan düzenlemelerden öte hastalık olgusu ile ilgili olarak; hastalık denilen bir durum ortaya çıktığında bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü üstlenmek amacını taşıyan bir sigorta türü olarak tanımlayabiliriz¹³.

¹¹ H. Duman, 1994, s. 1

¹² İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, Madde 25

¹³ Ali Nahit Babaoğlu, **Sağlık Sigortaları ve Sağlık Sigortacılığı**, İstanbul 1993, s.2

Türk Ticaret Kanunu'nda hastalık sigortası türü özel bir biçimde düzenlenmediği gibi, bu konuda bir tanıma da yer verilmemiştir¹⁴. Fakat TTK'nın kaza sigortasını “ kazaya karşı sigorta, sigorta ettirenin maruz kalacağı herhangi bir kaza, *hastalık*, maddi menfaatlerini haleldar edecek herhangi bir olay.....” şeklinde tanımlayan ikinci kısmında hastalık kavramı kullanılmıştır¹⁵.

Hastalık sigortası diğer sigorta türlerinden bağımsız olarak ya da hayat sigortalarına eklenmek suretiyle yapılabilen bir sigorta çeşididir. Hastalık sigortasının konusu esas itibariyle kazadan ileri gelmeyen bütün hastalıkların tedavileri için yapılan masrafların ödenmesi olmakla beraber kaza sonucu meydana gelen yaralanma halinde tedavi için gerekli masrafların ödenmesini de içerir¹⁶. Hastalık Sigortası Genel Şartlarının teminat kapsamını belirleyen hükmü; “sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder”, demek suretiyle hem hastalık halini hem de herhangi bir kaza sonucu yaralanma halini teminat kapsamı içine almıştır¹⁷. Dolayısıyla bu sigortanın temin ettiği riziko türlerinden birinin adını yani sadece *hastalık* sigortası adını alması doğru gözükmemektedir. Bu nedenle bu sigortanın *sağlık* sigortası

¹⁴ I. Ulaş, 2002, s. 200

¹⁵ Bkz. 6762 sayılı Türk Ticaret Kanunu, m.1334

¹⁶ Orhan Güven, **Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü**, İstanbul 1995

¹⁷ Bkz. HSGŞ. md. 1

olarak adlandırılmasının daha doğru olduğu düşünölmektedir¹⁸. Nitekim uygulamada Anadolu Hayat, Axa Oyak, Güneş Hayat, Koç Allianz gibi birçok sigorta şirketi bu tür sigortayı *özel sağıık sigortası* olarak piyasaya sunmaktadır¹⁹.

Hastalık sigortasında yer alan hastalık kavramı, esas itibariyle kişinin kendi bünyesinden kaynaklanan ya da bulaşıcı nedenlerle yakalandığı hastalıkları ifade etmektedir. Bir kaza sonucu ve kazaya bağılı olarak oluşın hastalıklar, özel bir hüküm konulmadıkça bu sigortanın güvencesi kapsamında değildir. Bu tür hastalıklar kaza nedeniyle oluşın ekonomik zararları giderme amacıyla oluşturulan kaza sigortalarının güvencesi altına alınmıştır²⁰.

Kaza sonucu yaralanmalar ilke olarak kaza sigortasının güvencesi altına alınmasına rağmen, hastalık sigortası ile birlikte kişiye, hem hastalığın hem de kaza sonucu yaralanmaların getirdiğı ekonomik olumsuzlukları bir arada giderme olanağı yaratılmıştır²¹.

¹⁸ I. Ulaş, 2002, s. 201

¹⁹ Bkz. <http://www.anadoluhayat.com.tr>; <http://www.axaoyak.com.tr>;
<http://www.gunessigorta.com.tr> <http://www.kocallianz.com.tr>

²⁰ I. Ulaş, age., s. 169 vd.; bkz. TTK. md. 1334/f.1

²¹ I. Ulaş, age., s. 201

2-DÜNYADA HASTALIK SİGORTALARININ GELİŞİMİ

İlk çağlardan buyana kişiler birbirine hastalık ve kaza hallerinde yardım etme ihtiyacını duymuşlardır. Ancak organize biçimde yardım amaçlı derneklerin kuruluşu ortaçağda gerçekleşmeye başlamıştır. Avrupa’da çok dar kapsamlı olarak kurulan bu dernekler sağlık sigortasının ilk adımı olarak değerlendirilebilir²². Tarihçesi çok eskilere dayanmasına rağmen bugün anlaşıldığı şekliyle ilk sigorta uygulamalarının ortaya çıkışı, 19. yüzyılın başında Avrupa’da sanayileşme döneminde gerçekleşmiştir. Sanayi öncesi toplumlarda yardım müesseseleri ve loncalar sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılama görevini yerine getirmeye başlamışlar ve aileler, işçiler arası dayanışma dernekleri ve dinsel dernekler ihtiyacı olan tüm yoksullara yardım etmeye çalışmışlardır. Bu süreçte Avrupa’daki loncalar, üyeleri olan esnaf ve işçilerden topladığı primlerle oluşturdukları fonlardan, üyelerine hastalıkları boyunca gelir sağlamış, üyelerinin ölümünden sonra da dul ve yetimlerine cenaze masrafları için yardım sunmuşlardır. Loncalar ve yardım sandıkları 19. yüzyılın sonlarına doğru ihtiyacı olan üyelerine tıbbi bakım da sağlamaya başlamışlardır. Bu bakım, hekimler, eczaneler ve polikliniklerle yapılan anlaşmalarla sağlanmıştır²³.

Sanayi devrimi ile birlikte kurulan fabrikalar, küçük sanayiinin, meslek cemiyetlerinin ve loncaların ortadan kalkmasına neden olmuştur. Toplumda buna

²² Feral Özgüç, **Sigortacılık Programı Hayat Dalı Sigortaları Ders Notu, Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Yayınları**, İstanbul 1996/97, s. 1

²³ Derya Tiryaki, **“Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin Düzeyi”**, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 1998, s. 4

bağlı olarak sosyal yardım bakımından oluşan boşluk, sosyal sigortaların kurulması suretiyle giderilmeye çalışılmıştır²⁴.

İlk modern sağlık sigortası poliçesinin 1848 yılında Londra’da demiryolu yolcularına yapılmasıyla birlikte, devletler aktif olarak modern sağlık sigortası ile ilgilenmeye başlamışlardır. Avrupa’da sağlık sigortası zorunlu olarak ilk defa Almanya’da 1883’te endüstri işçileri için uygulanmaya başlamıştır. Bundan sonra 1881’de Avusturya, 1891’de Macaristan olmak üzere endüstrileşmiş ülkelerde zorunlu sağlık sigortası uygulamaları yavaş yavaş görülmeye başlanmıştır²⁵.

II. Dünya Savaşı ile birlikte sağlık hizmetlerinin önemi daha da belirgin hale gelmiş ve gruplar halindeki sağlık sigortaları çok daha büyük boyutlara ulaşmıştır. Özellikle sosyal sigortanın ortaya çıkışıyla, Avrupa’da birçok ülke toplumdaki sigortalılara sağlık hizmeti sağlamak amacıyla harekete geçmiş, böylelikle sağlık sigortası hükümetlerin sağlık hizmetlerinin finansmanında kullandıkları yöntemlerden biri haline gelmiştir²⁶.

²⁴ Turan Yazgan, **Sosyal Sigorta**, İstanbul 1997, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Yayın No: 402

²⁵ Ömür Babaoğlu, “*Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarında Avrupa Örnekleri*,” **Sigorta Dergisi**, Yıl 3, S. 34, s. 6

²⁶ D. Tiryaki, 1998, s. 4

Ulusal sağlık sistemlerinin çalışmalarına paralel olarak, gelişen ve değişen sosyo-ekonomik politikalar ve ihtiyaçlar karşısında, özel sağlık sigortaları da ek bir güvence olarak piyasaya çıkmaya bařlamıřtır²⁷.

3- TÜRKİYE’DE HASTALIK SİGORTALARININ GELİşİMİ

Ülkemizde hastalık sigortasının tarihi, Osmanlı İmparatorluğu dönemine dayanmaktadır. Bu dönemde, sanayileşme tam anlamıyla gerçekleşmediğinden sosyal güvenlik sistemi de tam olarak gerçekleşmemiştir. Sanayi gelişmemiş olmakla birlikte, toplumda varolan sosyal koruma ihtiyacı ve sağlık yardımlarının giderilmesi; aile içi yardımlaşma, ahilik-fütüvvet, meslek teşkilatları içinde yardımlaşma, vakıflar ve nizamnamelerden oluşan beş ayaklı bir sosyal güvenlik sistemine dayandırılmıştır. İmparatorluğuın son dönemlerinde faaliyet gösteren, Darülaceze, Darleytamlar ve Hilal-ı Ahmer (Kızılay) gibi kurumlar da sosyal yardım açısından önem kazanmıřlardır²⁸.

Osmanlı İmparatorluğuında, işçilerin korunması ve güvenliklerinin sağlanması konusunda, yasal düzenlemelerle alınan tedbirler çok sınırlı olmuştur. Bu konulara ilişkin ilk düzenlemeler maden sektöründe yapılmış olan, 1865 tarihli “Dilaver Paşa Nizamnamesi”, ve 1869 tarihli “Maadin Nizamnamesi”²⁹ dir. Maadin Nizamnamesi, işçi haklarının korunması ve işçi güvenliği bakımından Dilaver Paşa Nizamnamesine

²⁷ Y. Aytekin, 2000, s. 23

²⁸ Ali Güzel, Ali Rıza Okur, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 4. Bası, İstanbul 1994, s. 30; Hikmet Duman, 1994, s. 8

²⁹ Bkz. Düstur I. Tertip, C. 2, s.3 18 (Yayınlanış Tarihi: 2 şaban 1285)

göre önemli yenilikler getirmiş ve bu nizamnameyi tamamlayıcı bir nitelik kazanmıştır. Bu nizamnameyle, işçilerin zorla çalıştırılması yasaklanmış, işverenler, hastalıklara ve iş kazalarına karşı önlem almaya zorlanmış ve madenlerde gerekli hekim ve ilaç bulundurma zorunluluğu getirilmiştir³⁰.

10.9.1921 tarihinde çıkarılan ve işçilerin ve işverenlerin zorunlu katılımıyla ihtiyat ve teavün sandıklarının kurulmasını ve işverenlerin belirli hallerde işçilere zorunlu sağlık yardımı yapmasını öngören 151 sayılı “Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun”, dar kapsamlı ve ilkel de olsa Türkiye’de ilk zorunlu sosyal sigortayı kurmuş ve sosyal politika açısından önemli bir adım olmuştur³¹. 24 Nisan 1930 tarihinde çıkarılan “Umumi Hıfzısıhha Yasası”³² ile de belirli sayıda işçi çalıştıran işverenlerin hastalık, kaza ve analık hallerinde işçilere sağlık yardımında bulunmaları öngörülmüştür. Daha sonra dünyadaki gelişmelere uyularak bütün toplumun sağlık sigortası kapsamına alınması için girişimlerde bulunulmuş ve sağlık sigortası zorunlu hale getirilmiştir.

Bugün ülkemizde sosyal güvenlik sistemi, iki programdan oluşmaktadır. Birincisi sosyal güvenlik sistemimizin esasını oluşturan primli programdır. Bu program³³, memurların sosyal güvenliğini sağlayan 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı

³⁰ Sait Dilik, **Türkiye’de Sosyal Sigortalar**, Ankara 1972, s. 27 vd.; Kenan Tunçomağ, **Sosyal Sigortalar**, 5. Bası, İstanbul 1990, s. 45

³¹ S. Dilik, age., s. 16; K. Tunçomağ, age., s. 46-47

³² Bkz. 24.4. 1930 tarihli RG

³³ Dr. M. Altan & İ. Aslanlar, 2001, s. 33

Kanunu'na dayanan *T.C. Emekli Sandığı*, bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlayan 1479 sayılı *Bağ-Kur Kanunu*'na dayanan *Bağ-Kur* ve işçilerin sosyal güvenliğini sağlayan 506 sayılı *Sosyal Sigortalar Kanunu*'na dayanan *Sosyal Sigortalar Kurumu*, tarafından yürütülmektedir³⁴. İkinci program ise sosyal güvenlik sistemi içinde %2 gibi bir pay teşkil eden kimsesiz ve muhtaç yaşlılara, malûllere, dullara, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara genel bütçeden ayrılan payla yapılan yardım ve hizmetlerdir. Sonrasında, Sosyal Sigortalar Kanunu'nun geçici 20. maddesi uyarınca kurulmuş banka, sigorta şirketleri, ticaret ve sanayi odaları çalışanlarının sosyal güvenliğini sağlayan sandıklar da bu sisteme dahil edilmiştir³⁵.

Ülkemizde mevcut sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin yetersizliği nedeniyle, ilk kez 70'li yıllarda özel sigorta şirketleri bir arayış içine girmişler ve ilk olarak 1976 yılında Başak Sigorta Şirketi “Gündelik Hastane Tazminatı Sigortası” adı altında bir grup sigortası tarifesini piyasaya sunmuştur. Ferdi kaza sigortası klozu olarak uygulanan bu tarife, SSK istatistikleri esas alınarak hazırlanmıştır. Ardından yine, SSK istatistiklerine dayanarak 1982 yılında Şark Sigorta şirketi tarafından hazırlanan bir başka tarife piyasaya sunulmuştur. Fakat bu kez hayat sigortası klozu esas alınmıştır. Birçok sigorta şirketi bu olayı takip ederek piyasaya girmiş ve hem grup hem de ferdi olarak hazırladıkları tarifeleri satmaya başlamışlardır³⁶. 1987-88

³⁴ Bu konuya, Üçüncü Bölümde “Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Sistemi ve Hastalık Sigortalarının Sistem İçindeki Yeri” konusu incelenirken daha ayrıntılı olarak değinilecektir.

³⁵ Dr. M. Altan & İ. Aslanlar, 2001, s. 25

³⁶ F. Özgüç, 1997, s. 1

yıllarında Batı Sigorta A.Ş. ilk defa hastane masrafları teminatını uygulamış, 1988-89 yıllarında Halk Sigorta A.Ş. ferdi ve geniş kapsamlı ferdi sağlık sigortasını piyasaya sunmuştur. 1989 yılında Anadolu Sigorta A.Ş. gündelik tazminat uygulamasına geçmiş, Genel Sigorta ve Oyak Sigorta A.Ş. de ağırlıklı olarak grup sağlık sigortalarını uygulamaya başlamıştır³⁷. Ülkemizde 1989-1991 yılları arasında hayat sigortası poliçelerine ek olarak verilen gündelik tazminat sigortaları ile başlayan özel sağlık sigortaları, daha sonraki yıllarda Avrupa Birliği ülkelerinde “Medical Expenses Insurance” tanımına karşılık gelen ayakta ya da yatarak tıbbi giderlerin karşılanması şeklinde verilen teminatlarla güncelleştirilmiştir³⁸.

Sağlık sigortalarındaki bu gelişmeye paralel olarak ve bu konunun daha yakından takip edilebilmesini sağlamak için Hazine Müsteşarlığı bunun ayrı bir sigorta branşı olmasına karar vermiş ve 01.02.1990 tarih ve 90/55 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile “Hastalık Sigortası Branşı” oluşturulmuştur³⁹.

1990 yılında 10 sigorta şirketi hastalık sigortaları branşında çalışırken, bu sayı 31.12.1998 tarihinde 49’a yükselmiştir. Özellikle son yıllarda sağlık sigortaları prim

³⁷ Hakkı Atlı, “*Özel Sağlık Sigortalarında Aşırı Kullanımların Boyutu ve Nedenlerini Belirlemeye Yönelik Bir Saha Araştırması*”, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2002, s. 8 vd.

³⁸ Esin Yılmaz & Neyir Gökşen, “*Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi*”, **Reasürör Dergisi**, Ocak 2000, S. 35, s. 58

³⁹ Bu karar 11.02.1990 tarih ve 20430 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

retiminde hızlı bir gelişme kaydedildiği görülmekte; ancak sektör, var olan potansiyeli henüz tam olarak değerlendirememektedir. 1998 yılı itibariyle bu sektördeki sigortalı sayısı 500.000 ve prim üretimi 53.570 milyar olarak gerçekleşmiştir. 1991 yılında 48 milyar olan prim üretimi, 2000 yılında 188.776 milyar TL'ye yükselmiştir⁴⁰. Sağlık sigortalarının diğer sigorta branşları içindeki payı ise 1991 yılında %1,12, 1998 itibariyle yaklaşık %10 ve 1999 yılında ise %11'dir⁴¹. 1991 yılından bu zamana kadar toplam prim üretimindeki artış diğer branşlara göre daha yüksek gerekleşmiştir⁴². Ayrıca bu sektörde, özellikle grup sigortalarında yaşanan rekabet sonucu, şirketlerin hasar/prim oranlarının giderek arttığı grlmektedir⁴³. 1997 yılında prim üretimi sıralamasında ilk 9 şirket toplam sağlık sigortası priminin %76'sını üretmiştir. 1997 yılında üretilen primin %41'i reasürörlere devredilmiştir. Bu oran, Türk sigorta şirketlerinin rizikoyu reasürans şirketleri ile paylaşmayı tercih ettiğini gstermektedir⁴⁴.

⁴⁰ Bkz. Tablo 1

⁴¹ Bkz. Tablo 2

⁴² Derya Tiryaki, 1998, s. 25 vd.; Ali N. Yücel, "Sağlık Sigortası Sistemleri ve zel Sigortanın Yeri", **Reasürör Dergisi**, 1995, S. 17, s. 19; E. Yılmaz & N. Gökşen, 2000, s. 60; H. Atlı, 2002, s. 22 vd.

⁴³ Bkz. Tablo 3

⁴⁴ E. Yılmaz & N. Gökşen, agm., s. 60

Tablo 1: Yıllar İtibariyle Özel Sağlık Sigortaları Gelişimi 1991-2000⁴⁵

Yıllar	Direkt Prim (Milyar TL) Yurtiçi+Yurtdışı	Artış (%)	Direkt Prim Payı Toplam İçinde %	Ödenen Tazminat (Milyar TL)	Artış (%)
1991	48	-	1,12	28	-
1992	141	193	1,73	78	207
1993	357	153	2,12	199	155
1994	942	164	2,97	556	179
1995	3,023	220	4,79	1,728	211
1996	8,386	177	6,61	5,086	194
1997	24,514	192	8,67	15,317	201
1998	53,570	118	9,79	35,942	134
1999	107,437	100	11,05	73,134	102
2000	188,776	75,11	10,60	121,535	66

Tablo 2 : Sigorta Branşlarının Son 10 Yıla İlişkin Direkt Prim Üretimi Payları (%)⁴⁶

Branşlar	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Yangın	15,68	14,82	16,05	18,41	17,25	16,81	15,03	13,87	16,05	14,4
Nakliyat	10,1	9,21	8,95	11,21	10,94	10,12	7,85	5,94	4,48	4,0
Kaza	47,52	51,01	54,08	50,55	49,09	45,58	47,04	48,45	46,16	48,4
Makine M.	3,29	3,06	3,29	4,16	4,01	4,7	4,92	4,62	3,88	3,8
Ziraat	1,21	0,94	0,8	0,54	0,96	1,37	0,79	0,54	0,40	0,5
Sağlık	1,12	1,73	2,12	2,97	4,79	6,61	8,67	9,79	11,05	10,6
Hayat	21,01	19,23	14,21	12,16	12,97	14,82	15,7	16,8	17,98	18,4
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.	100.0

Tablo 3 : Özel Sağlık Sigortalarında Şirketlerin Konsolide Kar ve Zarar Hesabı Teknik Sonuçları (milyon dolar)⁴⁷

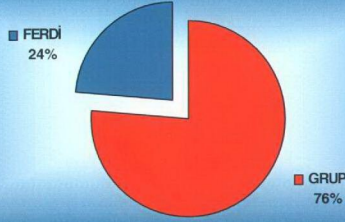
Yıl	Gelirler	Giderler	Fark
1993	492.190	436.046	56.144
1994	1.370.891	1.235.204	135.687
1995	4.343.685	3.922.272	421.413
1996	12.419.974	11.489.884	930.090
1997	36.580.534	34.028.581	2.551.953

⁴⁵ Kaynak: Sigorta Denetleme Kurulu Faaliyet Raporları

⁴⁶ Kaynak: Sigorta Denetleme Kurulu Faaliyet Raporları

⁴⁷ Kaynak: 1997 Türkiye’de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor-Dünya Gazetesi 30.11.1998

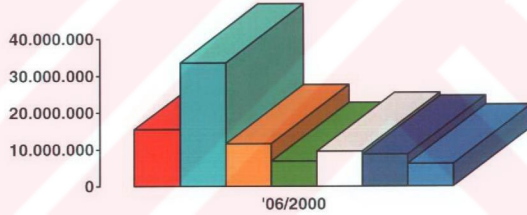
01.01.2000-30.06.2000 İTİBARIYLA PRİM ÜRETİMİ



Tablo 4: Sağlık Sigortası Ferdi ve Grup Bazda Prim Üretimi⁴⁸

Tablo 5: Haziran 2000 İtibariyle Sağlık Sigortacılığı Sektöründe En Fazla Prim Üreten Şirketler⁴⁹

PRİM ÜRETİMİ
(USD)



■ Anadolu Hayat ■ Koç Allianz ■ Başak Hayat ■ Axa Oyak
□ Bayındır Hayat ■ Demir Hayat ■ Ak Hayat

⁴⁸ Kaynak Axa Oyak A.Ş. Sağlık Sigortası Bilgi Kitapçığı, s. 7

⁴⁹ Kaynak Axa Oyak A.Ş. Sağlık Sigortası Bilgi Kitapçığı, s. 9

4- HASTALIK SİGORTALARININ ABD ve AB ÜLKELERİNDEKİ UYGULANIŞI

Sağlık hizmetlerinin gerek sunulması gerekse finansmanı açısından baktığımızda uygulanan sistemleri üç ana grup içinde değerlendirebiliriz. Bunlardan birincisi İngiltere, İsveç, Kanada gibi ülkelerin başı çektiği devlet finansmanının çok etkili olduğu ulusal sağlık sigortası modeli, ikincisi ABD ve İsviçre'nin başı çektiği serbest pazar ekonomi modelinin uygulandığı alıcının satın alma gücüne dayanan ve bireyin tercihinine bırakıldığı ve finansmanında devletin kısır kaldığı model, üçüncü bir grupta ülkemizin de içinde bulunduğu Almanya, Fransa, Belçika gibi ülkelerde uygulanan çalışanların gelirlerinden kesilen primlerle ve işveren katılımıyla finanse edilen sağlık sigortası modelidir⁵⁰.

A) Amerika Birleşik Devletleri'nde

Serbest piyasa ekonomisinin uygulandığı Amerika'da genel ve zorunlu sağlık sigortası mevcut değildir. Devletin sakat, yaşlı ve fakirlere uyguladığı yardım çok sınırlıdır. Mevcut olan kamu rejimi (Medicare) sadece yaşlıları kapsamakta ve onların hastane masrafını üstlenmektedir. Özellikle hastane masrafları için halkın çoğunluğu özel sigortaya tâbi olmaktadır. Bu da tümüyle isteğe bağlıdır. Ülkede geçerli olan özel sigorta sisteminde, sağlık giderlerinin finansmanında ana kaynak isteğe bağlı özel sağlık sigortalarıdır⁵¹.

⁵⁰ A. N. Yücel, 1995, s. 14

⁵¹ Y. Aytekin, 2000, s. 36

Ülkedeki sosyal güvenlik sistemi ile emekli ve malûller dışındaki vatandaşlara sağlık teminatı verilmemektedir. Yaygın uygulama sağlık giderlerinin, işverenlerin çalışanları için yaptırdıkları grup sigortalarıyla finanse edilmesidir. Bu sigortaların niteliği devlet tarafından konulan bazı kanunlarla düzenlenmektedir. Uyulması gereken kurallarla beraber işverenlerin yasal bir zorunluluğu yoktur. Bu nedenle, nüfusun %15'i yani 40 milyona yakın bir kitle ya sigortasızdır ya da çok düşük bir teminata sahiptir. Amerika'da kişi başına düşen sağlık gideri ya da GSMH' den sağlık masraflarına ayrılan pay dünyada en üst düzeyde olmasına rağmen uygulanan sistem tüm vatandaşlara sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasına ve kullanılmasına yeterli olmamaktadır⁵².

Sağlık sisteminin serbest piyasa koşullarına göre işlemekte olduğu bu sistemde, sağlık hizmeti sunanlar, sunulan hizmetlerin bedelini ülkenin ekonomi alanındaki uygulamasının bir parçası olarak kendileri tesbit ederler ve özel sigorta şirketleri de önceden yapılmış pazarlığa göre masrafları tazmin ederler. Bu miktarlar belirlenirken göz önüne alınan bir başka husus da diğer hastanelerin uygulamakta olduğu fiyatlardır. Merkezi bir otoritenin fiyat kontrolü olmadığından sağlık hizmetlerinde kaydedilen enflasyon oranı ile genel enflasyon oranı arasında büyük bir fark yaşanmaktadır. Bu olumsuz durum karşısında kişiler, mümkün olan en uygun fiyatlarla ihtiyaç duydukları tüm servisleri alabilecekleri programlara yönelmiş ve sağlık hizmetlerinde fiyatların kontrolü için çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

⁵² Ali N. Yücel, 1995, s. 15

Amerika’da hızla yükselen maliyetlerden en çok etkilenen konu hastane hizmetleri olduğundan yalnızca bu konuya yönelik teminat planları, oldukça fazla ilgi görmektedir. Kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri, özel şirketler, Blue Cross/Blue Shield adları ile anılan hastane ve tıbbi bakım planları olarak tanımlanabilecek özel organizasyonlar, tamamı özel bir organizasyon olan Sağlığın Sürekli Kontrolü (Health Maintenance Organization-HMO) programları ve işletmelerin kendi bünyelerinde oluşturdukları programlar ile verilmektedir. Ayrıca sunulan her hizmetin faturasının ödenmesinin temel olduğu Amerika’da hizmet kalitesini düşürmeksizin fiyatları kontrol etmek için “Preferred Provider Organizations” (PPO) denemesi yapılmaktadır. Bu yapılanmada, sigortacılar ya da işverenler piyasanın altında sağlık hizmeti alabilmek için çeşitli hastanelerle özel anlaşma yapmaktadırlar. Bu süreçte PPO herhangi bir malî yükümlülük üstlenmeden, karşılıklı çıkar ilişkisi içerisinde; sigortacılar sigortalılarına kaliteyi düşürmeksizin daha uygun fiyatlarla hizmet sağlamaya çalışırken, sağlık kuruluşları da, kapasitelerini maksimum düzeyde tutarak müşteri sıkıntısı çekmemektedirler⁵³.

B) AB Ülkelerinde

Avrupa ülkelerinde farklı sistemlere rağmen, AB mevzuatı ile Avrupa Sigorta Tek Pazarı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Ancak Birlik içinde üye ülkeler için belli standart uygulamalar hedeflenmekte ise de, her ülkenin kendine özgü varolan devlet sağlık sistemleri standart bir sağlık sistemi uygulamasına imkan vermeyecek gibi gözükmemektedir. Devlet sağlık sistemi, özel sağlık sigortası sektörünün belirleyicisi

⁵³ Ali N. Yücel, 1995, S. 17, s. 15; Y Aytekin, 2000, s. 23

konumunda olduğundan, bu durum sektörün gelişimini etkilemektedir. Birlik içinde nüfusun gelişimi, hayat beklentisinin artması, tıbbi bakım maliyetleri ve gelişen tıp teknolojisi, üye devletlerin sağlık bakım maliyetlerini azaltmalarını ve bu harcamaları özel sektöre devretmelerini gerektirmektedir⁵⁴.

AB genelinde sağlık harcamalarının toplamının 1995 yılı itibariyle 651.1 milyar dolar olduğu ve en büyük oranların sırasıyla Almanya, Fransa, İtalya ve İngiltere'ye ait olduğu görülmektedir. Birlik genelinde özel sağlık sigortasının gelişmiş olduğu ülkelerde bile, devletin toplam sağlık harcamasındaki payının %70'lerin üzeride olduğu söylenebilir⁵⁵. Avrupa Birliği ülkelerinde 15 yıllık dönem içinde toplam sağlık harcamalarında Finlandiya ve İsveç dışındaki diğer ülkelerde reel artışlar olduğu görülmektedir⁵⁶. Birlik içinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranını incelediğimizde ise, 1995 yılı verilerine göre bu oranın birçok üye ülkede %7-8 arasında değiştiğini söylememiz mümkündür. %10.4 ile en yüksek oran Almanya'da görülmekteyken, Fransa %9.9 ile ikinci sırada, %5.8 ile Yunanistan ve %6,4 ile İrlanda ise son sırada yer almaktadır⁵⁷.

⁵⁴ E.Yılmaz & N. Gökşen, 2000, s. 30 vd.

⁵⁵ Bkz. Tablo 6

⁵⁶ Bkz. Tablo 7

⁵⁷ E.Yılmaz & N. Gökşen, agm., s. 33

Tablo 6: Avrupa Birliği ÷lkelerinde sağlık harcamaları⁵⁸

÷lkeler	Top.Sağ.Har.1995-mio \$	Kişi Başına T.S.Harcaması- 1995 \$	Sağlık Harcama Kamu Payı- 1995 %
Avusturya	18.350	2.281	75.6
Belçika	21.525	2.126	87.8
Danimarka	11.012	2.108	82.7
Finlandiya	9.640	1.888	74.7
Fransa	151.998	2.616	80.6
Almanya	152.066	3.089	78.4
Yunanistan	6.606	632	75.8
İrlanda	4.113	1.160	80.8
İtalya	84.101	1.470	69.6
Lüksemburg	1.212	2.978	92.8
Hollanda	34.559	2.232	77.1
Norveç	11.656	2.691	82.8
Portekiz	8.272	843	60.5
İspanya	42.473	1.079	78.2
İsveç	16.715	1.902	81.6
İngiltere	76.935	1.325	84.3
Toplam	651.503		

⁵⁸ Kaynak: OECD Health Data-1997

Tablo 7: Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimi (her ülkenin ulusal parasının 1990=100 alınarak hazırlanan GSYİH deflatörü ile reel hale getirilmiş-milyon birim)⁵⁹

Ülkeler	1985	1990	1985-90 Değişim %	1995	1990-95 Değişim %
Avusturya	103,415	128,074	23.84	156,515	22.71
Belçika	409,612	490,400	19.72	550,689	12.29
Danimarka	46,741	51,590	10.37	56,139	8.82
Finlandiya	31,811	1.888	29.18	38,357	-6.66
Fransa	474,061	2.616	21.72	678,113	17.52
Almanya	194,046	3.089	11.87	301,031	38.68
Yunanistan	480,887	632	14.96	821,609	48.62
İrlanda	1,711	1.160	5.79	2,316	27.96
İtalya	80.022,365	1.470	33.05	107,190,361	0.68
Luxemburg	15,556	2.978	45.71	31,523	39.07
Hollanda	34,902	2.232	23.22	50,253	16.85
Norveç	43,911	2.691	28.28	68,439	21.50
Portekiz	473,979	843	32.92	848,618	34.70
İspanya	2,285,555	1.079	51.73	4,089,932	17.94
İsveç	109,270	1.902	9.16	100,507	-15.74
İngiltere	27,317	1.325	20.80	40,475	22.66

⁵⁹ Kaynak: OECD Health Data-1997

Bu kapsamda üye ülkelerin kamu sağlık sistemlerinin, mevcut durum karşısında hedeflenen değişim programlarının altından kalkamayacağı ve tüm Avrupa çapında sosyal güvenlik sistemlerinde bir yeniliğe gidileceği beklenmekte, özellikle devletlerin alacağı tedbirler kapsamında, özel sektörün gelişimine imkan hazırlayacak bazı uygulamaların olacağı tahmin edilmektedir.

AB geneline baktığımızda, üye ilkeler içinde sağlık sektörü açısından 27 milyar dolarlık brüt prim üretimi ile en büyük paya Almanya'nın sahip olduğunu söylenebilir. Almanya'yı, Fransa, Hollanda ve İngiltere izlemektedir. Nüfus ve ekonomik güç açısından birliğin en büyük üç üyesi olan Almanya, İngiltere ve Fransa için bu olağan bir sonuçtur. Hollanda ise daha küçük bir ülke olmasına rağmen, özel sağlık sigortası sektörünün serbestleştirilmesi ve gelişimi açısından büyük ilerleme kaydetmiştir.

İskandinav ülkeleri, Yunanistan ve İrlanda'da ise sağlık sigortası sektörü oldukça küçük bir yer işgal etmektedir. Çok kapsamlı ve koruyucu bir sağlık sisteminin varlığı, İskandinav ülkelerinde özel sağlık sigortasının gelişimini engellemektedir. Yunanistan'da ise sağlık sigortası bilinci henüz gelişmemiştir. İrlanda'da da sağlık sigortası kültürünün gelişmemiş olmasının yanı sıra, devlet tarafından idare edilen sağlık sigortası hizmeti veren kuruluşun tekel konumunda olması önemli bir etkidir. Sağlık sigortası sektörünün en küçük olduğu, Yunanistan, İrlanda, Norveç ve Finlandiya'da kaza ve sağlık sigortası toplamı GSYİH'nin %0.2'sini oluşturmaktadır. Hollanda'da ise bu oran %1.8'dir. Öte taraftan Portekiz,

İspanya ve Avusturya'da devlet sistemi temel tıbbi bakım ile sınırlı olduğundan, tamamlayıcı özel sağlık sigortası poliçelerinin alınması gereklilik arz etmektedir⁶⁰.

Avrupa Birliği ülkelerinde verilen başlıca sağlık sigortası teminatları; *PMI*, *PHI*, *CIB*, *LTC*, *evde hemşire teminatı*, *diş teminatı* ve *göz teminatı* olarak sıralanabilir. *PMI* (*private medical insurance*), tıbbi tedavi sigortasıdır. Hastanede yatarak ya da ayakta tedavi, ilaç, doktor, muayene, ambulans, tedavi sonrası evde bakım, fizyoterapi vb. teminatları kapsar. *PHI* (*permanent health insurance*) ise uzun süreli hastalık ve malûliyet sonucu gelir kaybı teminatıdır. *CIB* (*critical illness benefit*) de tehlikeli hastalık teminatıdır ve genellikle birikimli hayat sigortalarına ek olarak, hayat sigorta bedelinin belli bir yüzdesinin hastalığın ortaya çıkması durumunda ödenmesi esasına dayanır. *MME* (*major medical expenses*) ile *LTC* (*long term care insurance*) ise sırasıyla büyük tıbbi harcamalar ve sigortalının büyük bir ameliyat geçirmesi halinde toplu para ödemeyi hedefleyen ve sigortalının evinde ya da bir bakım evinde uzun süre bakımı için gerekli fonu tesis eden teminat çeşitleridir⁶¹.

AB direktifleri incelendiğinde, Özel Sağlık Sigortasının (Private Medical Insurance-PMI) hayat dışı; Uzun Süreli Bakım ve Ölümcül Hastalık Sigortalarının ise hayat sigortası kapsamında yer aldığı görülmektedir. Ayrıca AB direktifleri,

⁶⁰ E.Yılmaz & N. Gökşen, 2000, s. 34

⁶¹ E.Yılmaz & N. Gökşen, agm., s. 35

sigortalılara herhangi bir üye ülkeden ruhsat almış bir sigorta şirketinin herhangi bir sigorta poliçesini alma hakkını da vermektedir⁶².

Birlik içinde ulusal sağlık sistemi açısından model teşkil etmesi bakımından, devlet finansmanının çok etkili olduğu *İngiltere* ve çalışanların gelirlerinden kesilen primlerle ve işveren katılımıyla finanse edilen sağlık sisteminin geçerli olduğu *Almanya* uygulamasını incelemek gerekir.

a) İngiltere

İngiltere modelinde ulusal sağlık hizmeti 1948 yılında kurulan National Health Service tarafından verilmekte ve bu hizmet için yılda 40 milyar £ ödenmektedir. Bu tutarın %83'ü vergi, %13'ü işveren ve serbest çalışanların kesintileri, %4'ü ise hastaların ödemeleri ile finanse edilmektedir. İngiltere'de devlet, sağlık için yapılan tüm harcamaların %84'ünü karşılamaktadır. NHS hizmetlerinden, kesinti uygulanan kişilerin yanı sıra normal olarak İngiltere'de yerleşik bulunan herkes yararlanmaktadır⁶³. NHS, ambulans, sağlık kontrolleri, pratisyen hekim, dişçi, göz doktoru gibi hizmetleri kapsamaktadır. Genel sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak karşılanmasına rağmen, ilaç, diş ve göz teminatları; hamile kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve kronik hastalar hariç tutularak düşük oranda ücrete tâbi kılınmıştır. Ülkedeki özel sağlık sigortaları ise devlet tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Sigortasının tamamlayıcısı rolündedir. İngiliz pazarında da PMI (*private medical*

⁶² E.Yılmaz & N. Gökşen, 2000, s. 30 vd

⁶³ E.Yılmaz & N. Gökşen, agm., s. 51

insurance), PHI (permament health insurance), CIB (critical illness benefit), MME (major medical expenses), LTC (long term care insurance) gibi birlik içindeki diğer ülkelerde de görülen teminatlar verilmektedir⁶⁴.

Tablo 8: İngiltere’de ürünlere göre Prim üretimi

Ö.S.Sig.Prim Üretimi	1997 £ milyar	1990-1995 reel artış %	1995	1996	1997	1998
PMI	1.8 (%73)	4.3	-3.0	6.8		
PHI	0.6 (%27)	7.8	11.4	19.0	6.0	5.0
Toplam	2.4 (%100)	5.1	0.2	9.9		

Swiss Re, Sigma Prospect No:6/98 (1997 ve 1998 yılları için yüzdeler tahminidir.)

İngiltere’de sağlık harcamaları 1990 yılında GSYİH içinde %6’lık bir paya sahipken, bu oran 1996 yılında %6,9’a yükselmiştir. Aynı yıl sağlık harcamalarında devletin yaptığı harcamalar tutarı %84,3’ tür. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1994 yılı itibariyle %3,5’ tir. 1996 yılında kişi başına toplam sağlık harcaması tutarı olan 1365 \$’ın 1150 \$ ı kamuya aittir. 1994 yılında kişi başına özel sağlık sigortası primi ise 43 \$ olarak tesbit edilmiştir⁶⁵. Sağlık sigortası olan nüfus 1987’ de %9 iken, 1994’te %13 olmuştur. Bu oran 2000 yılı itibariyle %20 civarındır⁶⁶.

⁶⁴ Y. Aytekin, 2000, s. 29

⁶⁵ OECD Health Data-1997

⁶⁶ E. Yılmaz & N. Gökşen, 2000, s. 51 vd.

b) Almanya

Sosyal sigorta modelinin uygulandığı ülkelerde ve bu arada ülkemizde hastalığa karşı finansmanın işçi ve işverenin katılımlarıyla sağlandığı zorunlu sigortalılık esası benimsenmiştir. Bu sistemin en temel örneğinin uygulandığı Alman Sağlık Sisteminin temeli 1883'te çıkarılan mecburi sağlık sigortası kanununa dayanmaktadır. Bu kanunda özellikle sanayi sektöründe çalışanların bazı sağlık harcamalarının karşılanması sağlanmıştır. Bunun ardından ferdi kaza ve emeklilik kanunları çıkartılmış ve mevcut Alman Sosyal Güvenlik sisteminin iskeleti oluşturulmuştur⁶⁷.

Almanya'da devlet sağlık sistemi yüksek maliyetlere rağmen kaliteli hizmet sunabilmektedir. Özellikle Doğu Almanya ile birleşmenin ardından artan nüfus beraberinde bazı sıkıntılar getirse de uzun vadede sağlık sistemi bu sıkıntıları atlatabilecek güçtedir⁶⁸.

Alman Sağlık Sisteminin temelinde hastalık fonları önemli bir rol üstlenmiştir. Almanya'daki devlet sağlık sistemi (GKV), çoğu küçük 1150 hastalık fonu tarafından sağlanmaktadır. Hastalık fonları temel olarak ana fon ve alternatif fon adı verilen iki başlık altında toplanmaktadır. Bu iki fon grubu zorunlu sağlık sigortası sistemini teşkil eder. Bu sistem yaklaşık olarak nüfusun %88'ini kapsamaktadır. 1989 verilerine göre nüfusun % 57'si ana fon üyesidir ve bunlar

⁶⁷ A. N. Yücel, 1995, s. 15

⁶⁸ E. Yılmaz & N. Gökşen, 2000, s. 36

genelde bedenen çalışan işçilerden oluşmaktadır. Alternatif fonlar ise kalan nüfusun % 31'ini kapsamakta ve esas itibariyle büro çalışanlarına hizmet vermektedir. Büro çalışanları kendi bölgelerindeki ana fonlara üye olma hakkına sahipken bedenen çalışan işçiler alternatif fonlara üye olma hakkına sahip değildir⁶⁹. Bu fonlar, pratisyen hekim ya da uzman doktorun özgürce seçilebilmesi olanağını sağlamakta, ücretsiz ve limitsiz hastanede tedavi, diş tedavisi, aile planlaması, doğum, ilaç, koruyucu bakım, evde hemşire bakımı, rehabilitasyon hizmetleri ve ulaşım gibi teminatları kapsamaktadır. Ancak bazı hastalık fonları hastane giderlerini üç yılda 72 günle sınırlamakta, bazı fonlar da diş ve ilaç giderleri için ek ödemeler talep etmektedir⁷⁰.

Almanya'da nüfusun %99 herhangi bir sağlık sistemine dahildir. Devlet sistemine dahil olan %88'lik nüfusun %85'i zorunlu, %15'i de gönüllü olarak devlet sistemini tercih etmiştir. Özel sağlık sigortalarında ise, nüfusun %9'luk kesimi tüm tıbbi giderlerin teminat altına alındığı poliçeleri, % 8'lik kesim de daha iyi hastane hizmeti, özel hemşire bakımı gibi teminatları karşılayan ek poliçeleri tercih etmiştir⁷¹.

Kamu sigortalarından yararlanamayan veya bu hakkı varken bunu tercih etmeyen kişilere en geniş anlamda sağlık sigortası özel sigorta şirketlerince verilmektedir. Geliri belli bir miktarın altında olanların zorunlu sigorta kapsamına

⁶⁹ A. N. Yücel, 1995, s. 16

⁷⁰ E. Yılmaz & N. Gökşen, 2000, s. 37

⁷¹ E. Yılmaz & N. Gökşen, agm, s. 36

alınmaları mecburidir ve bireyler bu fonlara üye olmak zorundadır. Tesbit edilen bu gelir düzeyini aşanlara bir seçenek olarak özel sigorta imkanı öngörülmüştür. Ancak özel sigortaların teminatı asgari olarak fonların sağladığı teminatı sağlamak zorundadır.

Almanya’da 50 civarı sigorta şirketi sağlık sigortası satmaktadır. Bu şirketler içinde en büyük pazar payı olan şirketin pay oranı %19, ikinci büyük şirketin payı %14, diğerlerinin ise %7’inin altıdır⁷².

Almanya’da özel sağlık sigortası potansiyeli, devlet sistemi tarafından belirlenen gelir grubunun üzerinde çalışanlar, devlet memurları ve serbest çalışanlardır. Serbest çalışanlar, bazı meslek grubundaki profesyoneller ve kamu görevlileri gelirleri özel sigorta alabilme limitinin altında da olsa herhangi bir fona üye olamazlar. Bu nedenle bunlar için tek seçenek özel sigortadır. Özel sigorta kapsamında yer alan bir diğer grup da, esas itibariyle hastalık fonu üyesi olup da lüks sayılabilecek veya fonun karşılamadığı bazı teminatlar için özel sigortaları tercih edenlerden oluşmaktadır. Özel sigorta kapsamında sağlanan teminatlar da; ayakta ve yatarak tedavi, diş tedavisi, gündelik tazminat, hastalık sonucu gider kaybı, uzun süreli bakım, devlet sağlık sisteminin karşılamadığı diğer giderler, yurt dışına seyahatlerde verilen sağlık sigortaları gibi hizmetlerden oluşmaktadır.

Almanya’daki kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 1996 yılı rakamlarına göre %78,3; özel sağlık sigortasının toplam sağlık

⁷² A. N. Yücel, 1995, s. 16

harcamalarındaki payı ise 1994 yılına göre %5,3'tür. 1996 yılı verilerine göre kişi başına toplam sağlık harcamaları 3,036 \$, kişi başına kamu sağlık harcamaları ise 2,377 \$ olarak gerçekleşmiştir. Aynı yılki özel sağlık sigortası primi 136 \$'dır. Prim üretimi ise 1997 yılında 36.2 milyar DM olarak gerçekleşmiştir⁷³.

5-TÜRK SAĞLIK SİGORTACILIĞI AÇISINDAN YAŞANILAN SORUNLAR

Ülkemizde sağlık sistemimizde yaşanan sorunlar sosyal sigortalar açısından genel bir değerlendirme ve özel sağlık sigorta sektörüne ilişkin sorunlar olarak iki ana başlık altında incelenebilir. Sosyal sigortalara yönelik değerlendirmeyi üçüncü bölümde, “Hastalık Sigortalarının Sosyal Sigortalarla Karşılaştırılması” ve “Hastalık Sigortalarının Sosyal Güvenlik Sistemleri İçindeki Yeri” başlıkları altında geniş bir kapsamda inceleyeceğimiz için bu bölümde sadece özel sigorta sistemi açısından yaşanan sorunlara değinilecektir.

Ülkemizde özel sağlık sigortası sektöründe geliştirilen ürün ve verilen sağlık teminatları, henüz batılı ülkelerin standartlarına ulaşamamıştır. Özel sağlık sigortası teminatı altındaki kişi sayısı nispeten fazla gözükse de, bu sigortalı sayısının büyük kısmının çok kısıtlı bir teminata sahip olduğu ve bunun yanı sıra sigortalıların çoğunluğunun genellikle işveren organizasyonlarının bulunduğu büyük şirketlerin tercih ettiği bir uygulama olan grup sigortaları yolu ile teminat altına alındıkları görülmektedir. Sağlık sigortacılığının sorunları daha ayrıntılı olarak sigortalıdan

⁷³ A. N. Yücel, 1995, s. 17; E. Yılmaz & N.Gökşen, 2000, s. 37

kaynaklanan sorunlar, sigorta şirketlerinden kaynaklanan sorunlar ve sağlık kurumlarından kaynaklanan sorunlar, başlıkları altında incelenebilir.

■ Sigortalıdan kaynaklanan sorunların temelini iyi niyet kurallarının suistimali⁷⁴ ve sigortanın riskin oluşmasından sonra yaptırılması⁷⁵ teşkil etmektedir. Tüm sigorta branşlarında olduğu gibi, sağlık sigortacılığının temelinde de karşılıklı iyi niyet prensibi yer almaktadır ve buna bağlı olarak sigorta sözleşmesindeki taraflardan her birinin diğerine, sözleşmeyi kabul edip etmemesinde etkili olabilecek bütün bilgileri, talep edilmemiş olsalar bile, azami iyi niyet prensibi gereği aktarması gerekir⁷⁶. Ülkemizde sağlık hizmetleri suistimale çok açık bir yapıya sahiptir. Yurt dışında olduğu gibi ülkemizde sağlam bir bilgi akışı sisteminin ve otomasyon ağının olmayışı, aile hekimliği kavramının yerleşmemiş olması, hastanelerde sağlıklı bir hasta kayıt sisteminin uygulanmayışı bunun temel nedenleri arasında sayılabilir. Bu durum, özel sigorta şirketlerinin, sigortalıların sağlık durumları ve tıbbi durumları hakkında doğru ve detaylı bilgiye ulaşmasına engel olur. Kişilerin sağlık durumları hakkında (medical history) yanlış beyanlarda bulunması, ailesinde var olan hastalıkları belirtmemesi, başka bir sigorta şirketi tarafından poliçesi iptal edilmişse ya da teminat kapsamı sınırlanmışsa bunu bildirmemesi, doktorlarla ya da sağlık

⁷⁴ Ebru, Karpuzoğlu, “*Türk Sağlık Sigortacılığı Sisteminin Sağlık Kurumlarıyla Yaşadığı Sorunların Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma*”, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1994, s. 68 vd., E.Yılmaz & N.Gökşen, 2000, S. 35, s. 74

⁷⁵ E. Karpuzoğlu, agt., s. 75

⁷⁶ Hüseyin Akay, **Hayat Sigorta Şirketlerinde Hesap İşleri Düzeni**, İstanbul 2001, s. 3

kuruluşları ile anlaşarak gereksiz tetkik ve tahlil istenmesi, eşdeğer ilaçlar yerine daha pahalı olanların tercih edilmesi şeklinde gerçekleşebilecek iyi niyete aykırı bazı davranışlar da, özel sağlık sigorta şirketlerinin yaygın pazarlama yapma ve tazminat ödeme konusunda çekingen davranmalarına yol açmaktadır⁷⁷. Özel sigortacılığın temelinde geriye dönük teminat verilmesi söz konusu değildir. Bu sebeple, sigorta şirketleri ilk olarak sigorta akdinin geçerli olduğu anda kişinin sağlıklı olmasını isterler ve bir suistimal olayına karşı belli muafiyet süreleri tesbit ederler. Ancak sigortalılar var olan hastalıklarını ya da iyi niyet suistimalinden dolayı iptal edilen poliçelerini gizleyerek, sigortalandıktan sonra rahatsızlanarak masrafların sigorta şirketi tarafından karşılanmasını beklemektedirler. Genellikle de şirketler bu durumu ortaya çıkartmakta zorlanmaktadır.

■ Sigorta şirketlerinden kaynaklanan sorunların ilki ise eğitim eksikliğidir. Acentelerin yeterli araştırma yapılmadan seçilmesi ve acentelere iyi bir eğitim verilmemesi, acentelerin işini önemsememesi ya da çoğu kez ikinci bir iş olarak sigortacılıkla uğraşmaları kaliteyi düşüren önemli bir faktördür. Sektördeki denetim güçlüğü de yaşanan bir diğer sorundur. Sigorta şirketleri, hastaları anlaşmalı kurumlara göndermek, giderlerin faturalandırılmasını şart koşturmak ve harcamaların makul ve gerekli olup olmadığını araştırmak gibi yollara başvursalar da, yine de aldatılabilenlerdir. Bu açıdan iyi niyet suistimalinin önlenerek, denetimin objektif ölçülere göre yapılması önem taşır. Prim açısından yaşanan sıkıntılar da bu kapsam da değerlendirilebilir. Ülkemizde yürürlükte olan sistem gereği kişilerin,

⁷⁷ E.Yılmaz & N.Gökşen, 2000, s. 61

sağlık hizmeti alma konusunda sosyal sigorta ile özel sigorta arasında seçim yapma olanağının olmayışı, özel sigorta ile kişi kapsamlı bir teminata sahip olsa bile sosyal sigorta primlerinin ödenmesinin zorunluluğu, özel sigorta aleyhine çifte prim ödeme durumunu doğurmaktadır. Özel sağlık sigortasında, bir yandan çifte prim ödenirken diğer yandan kişinin kendi dışında ailesinden birinin de özel sigorta kapsamına alınması için ek prim ödemesi gerekir. Halbuki sosyal sigortalar açısından ödenen tek primle kişinin annesinin, babasının, eşinin ve çocuklarının sunulan sağlık hizmetinden yararlanması mümkündür. Ülkemizdeki istatistiki bilgi yetersizliği nedeniyle prim hesaplarının yapılmasındaki zorluklar da işin diğer bir boyutunu sergilemektedir⁷⁸.

■ Sağlık kurumlarından kaynaklanan sorunların esasında ise özel sağlık kuruluşlarının Ankara, İstanbul, İzmir gibi belli başlı metropollerde toplanması önem taşımaktadır. Kişilerin değil sağlık sigortasını, sigortacılığın manasını bile bilmedikleri diğer yerleşim birimlerinde ise sağlık hizmeti sunan kuruluşların yoğun olmayışı sektörde prim üretimini azaltan bir nedendir. Sağlık kurumlarının güçlü bir bilgi akış sistemine sahip olmayışları, aile hekimliği kavramının ülkemizde yerleşmemesi, “Sağlık Bilgi Sistemi” çerçevesinde hastaların doğumlarından ölümüne kadar, uygulanan tedavi yöntemleri, yapılan tahlil sonuçları, kullanılan ilaç kayıtları vb. bilgilerin yokluğu sağlık kurumlarının işini zorlaştıran temel faktörlerdir⁷⁹.

⁷⁸ H. Atlı, 2002, s. 34; E.Yılmaz & N.Gökşen, 2000, s. 61

⁷⁹ E. Karpuzoğlu, 1994, s. 77

İKİNCİ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTALARININ KONUSU ve RİSK ANALİZİ, SAĞLANAN TEMİNATIN KAPSAMI ve TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

1- HASTALIK SİGORTALARININ KONUSU VE RİSK ANALİZİ

A) Konu

Özel sağlık sigortası; sigortalıların, sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya kaza sonucu yaralanmaları halinde teminat limitleri ve iştirak yüzdeleri oranında poliçe özel şartları da dikkate alınarak sağlık giderlerini karşılamayı amaç edinen bir sigorta türüdür⁸⁰.

Bu kapsamda ferdi sağlık sigortalarında, sigorta genel şartları çerçevesinde belirlenen özel şartlara göre, özel sağlık sigortasına konu olan sigortalılar, sigorta şirketlerine göre belirlenmektedir. Örneğin piyasada Axa Oyak A.Ş., 18 - 64 yaş arasındaki fertlerin yanı sıra, 0 - 17 yaş arasındaki çocuklar ile, eğitimlerinin devam ettiğini belgeledikleri takdirde 24 yaşına kadar olan çocukları aile kapsamında sigorta teminatına dahil etmektedir. Sigortalılar en son 70 yaşına kadar sigorta kapsamında kalabilmekte ve herkes için yaş ve cinsiyete bağlı olarak prim hesaplanmaktadır. Yeni doğan bebekler ise 15 günlük olduktan sonra doğum belgesi ve başvuru formu ile sigortaya dahil edilebilmekte ve sigorta teminatı sadece

⁸⁰ Axa Oyak A.Ş. Özel Sağlık Sigortası Bilgi Kitapçığı, 2001, s. 11

poliçede ve sigorta kartında belirtilen kişiler için geçerli olup bunun dışındaki kişiler teminattan yararlanamamaktadır⁸¹.

Başak Sigorta A.Ş.'ye göre ise sigortaya; 18-65 yaş arası, sigortaya kabulünü engelleyecek bir sağlık sorunu bulunmayan ve Türkiye'de ikamet eden herkes katılabilir ve 18 yaşından küçük çocuklar da kendilerine bakmakla yükümlü yakını/yakınları ile birlikte sigorta teminatı altına alınabilir⁸².

Genel Sigorta A.Ş. de özel sağlık sigortasına konu olabilecek sigortalılar bakımından aşağıdaki gibi bir düzenleme getirmiştir: Aile bireyleri ayrı ayrı sigortalanamazlar, 14 günlük bebek ile 18 yaşından küçük evlenmemiş çocuklar ancak anne ve/veya babaları ile birlikte , tam gün üniversitede okuyan ve serbest ya da ücretli olarak çalışmayan 25 yaşından küçük çocuklar da aile ile birlikte sigortalanabilir. Sigortalı ailenin yeni doğan bebekleri doğum tarihinden itibaren 10 gün içinde “Yeni Doğan Bebekler İçin Başvuru Formu” bilgilerini doldurduğu takdirde ve yeni doğan bebeğin doğuştan gelen ve bilinen yapı bozukluğu ve rahatsızlığı olmaması halinde; doğum tarihinden itibaren 15 gün sonra sigorta sözleşmesine dahil edilebilir. 15 günlük bebek ancak anne ile birlikte sigortalanabilir ve annenin teminatıyla aynı teminata sahip olur⁸³.

⁸¹ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartları, Yayın Tarihi:17/9/2001; <http://www.axaoyak.com.tr>

⁸² Bkz. Başak Sigorta A.Ş. Özel Sağlık Sigortası Özel Şartları, <http://www.basak.com.tr>

⁸³ Bkz. Genel Sigorta A.Ş. Özel Sağlık Sigortası Özel Şartları, <http://www.genelyasam.com.tr>

Ticari piyasada kurumlara satılan ve işverenlerin primleri ödeyerek çalışanları yararına sağladıkları ek avantajları içeren grup sağlık sigortalarında da, sigortanın konusunu çalışanlar teşkil etmektedir. Bunun yanı sıra onların bakmakla yükümlü oldukları kimselerin de bazen primlerinin işverenler tarafından ödenerek teminat kapsamına alındığı görülmektedir⁸⁴.

B) Risk Analizi

Sigortacılık tekniğinde, rizikonun taktiri ile şart ve fiyatın belirlenmesine “risk analizi” denir⁸⁵. Risk analizi, sigortalıların var olan sağlık risklerinin değerlendirilerek doğru bir fiyatlandırma yapılmasını sağlamak için önem taşımaktadır. Risk analizi gerçekleştirilirken değerlendirme *objektif* ve *subjektif* rizikolarla göre yapılabilir. Yaş, cinsiyet, meslek, medeni hâl, oturulan yer, iklim şartları gibi dış faktörlere bakılarak tanımlanan rizikolar objektif rizikoları; vücut yapısı, bünyesel özellikler, eğilimler, kahtımsal özellikler ve sağlık durumu gibi iç faktörlere göre tanımlanan rizikolar da subjektif rizikoları oluşturmaktadır⁸⁶.

•**Yaş:** Sigortalanacak kişi ne kadar yaşlı olursa hastalık ihtimali o derece artar. Yaşın ilerleme süresine bağlı olarak yakalanan hastalıktan kurtulup, iyileşme süresi de uzar. Bu nedenle özel sağlık sigortası tarifeleri genellikle yaşa, daha doğrusu sigortaya

⁸⁴ Y. Aytekin, 2000, s. 82 vd.

⁸⁵ O. Güven, 1995, s. 106

⁸⁶ Hans Moser, **Özel Hastalık Sigortaları II**, Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Yayınları, TSEV 35, TSEV 1996, s. 3 vd.

giriş yaşına göre kademelendirilir. İlerleyen yaş ile birlikte sigortacının rizikosu da artacağı için zorunlu olarak, hastalık sigortalarına has bir kural olan telafi ya da dengeleme prensibi uygulanarak daha yüksek bir fiyat saptanır. Sigortacılar bu nedenle ya yaşlı poliçe sahiplerine gençlere olduğundan daha yüksek tarifeler uygulamalı ya da genç müşterilere uygulanan tarifelerle yaşlıları sübvansetmelidir⁸⁷.

•**Cinsiyet** : Kadın erkek arasındaki eşitlik ilkesi temel bir kamu hukuku kavramı olmasına rağmen, sigorta hukukunda böyle düzenlemeler yer almamakta, daha çok dengeleme prensibi uygulanarak primin riziko ile bağlantısı ön plana çıkarılmaktadır. Kadınların erkeklere göre daha uzun süre yaşadıkları ve yine erkeklere göre hastalık sigortalarında daha sık tazminat talebinde bulundukları bilinmektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortalarında primler kadınlar için daha yüksektir⁸⁸.

•**Meslek** : Meslek faktörü özellikle günlük hastalık giderleri sigortalarında önem kazanmaktadır. Ayrıca, o meslekle ilgili iş yapılırken kişinin ne tür ortamlarda çalıştığı ve ne gibi tehlikelerle karşı karşıya kaldığı, hastalık nedeniyle iş yapılmadığı durumlarda ne kadar sürede işe geri dönüldüğü de önem taşımaktadır. Bu farklılıkları

⁸⁷ Josep Bryan , “Sağlık Sigortalarında Hasarların İzlenmesi”, **Aktüerler Derneği**

II. Uluslararası Semineri, Sağlık Sigortaları, İstanbul Ekim 1992, s. 5

⁸⁸ Y. Aytekin, 2000, s. 85

gösterebilmek amacıyla sigortacılar meslekleri az tehlikeli, orta tehlikeli ve çok tehlikeli meslekler gibi çeşitli sınıflara ayırmaktadır⁸⁹.

•**İş Tecrübesi ve Çalışma Hayatı** : Özellikle malûliyet geliri teminatı sağlayan poliçelerde kişinin iş özgeçmişinin nasıl olduğu oldukça önem taşımaktadır. Geçmişte çok iş değiştirmiş, çalışma hayatında uzun boşluklar yaşamış kişinin malûl durumdan kurtulabilmek için pek çaba harcamayacağı düşünülerek böyle bir insanın sigortalanmasıyla üstlenilecek risk, düzenli bir çalışma hayatı olan kişiye nazaran daha fazla olacaktır⁹⁰.

•**Sağlık Durumu** : Sağlık sigortacılığında her şeyden önce teminat talebinde bulunan kişinin, hali hazır sağlık durumu ve sağlık geçmişi hakkında bilgi sahibi olmak gerekir. Sağlık geçmişinde yer alan hastalıkların yapılacak sigorta dönemi içinde rizikoyu ağırlaştırıp ağırlaştırmadığı tesbit edilmelidir. Örneğin geçirilmiş bir nezle ile, yıllarca geride kalmış olsa bile tümörel mide rahatsızlıklarının etkisi farklı olmaktadır. Geçmişte kalan hastalıklar ne kadar tekrarlama ve başka hastalıklara yol açma olasılığı taşıyorlarsa, rizikoyu da o ölçüde ağırlaştırıyorlar demektir. Bu bağlamda bir hastalığın tıbben taşıdığı riziko ile sigortacı açısından ağırlık ve öneminin ayrı şeyler olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin, bugün ilerlemiş tıbbi tanı ve tedavi olanaklarıyla mide ülseri bir doktor için korkutucu sayılmazken, sigortacı

⁸⁹ Ayşe Sezik Türkölmez ,“*Uzun Süreli Sağlık Sigortaları/ Long Term Health Insurance*”, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1994, s. 27

⁹⁰ A. S. Türkölmez, agt., s. 29

açısından tedavi giderlerinin yüksekliği ve tekrarlama ihtimali yanında başka hastalıklara yol açma olasılığı yüzünden korkutucu sayılmaktadır⁹¹.

• **Sigorta Süresi** : Kişilerin sigorta oldukları sürenin artışına bağlı olarak, sağlık sigortası hasar ödemelerinde de artış olasılığı bulunmaktadır. Fert başına tahakkuk eden tazminat x yaşındaki sigortalıların portföyde ne kadar zaman kalabileceği olasılığına da bağlı olmaktadır.

$K_x(Q1) > K_x(Q2)$, $Q1$ süre olup; $Q1 > Q2$ 'dir. Artan süreye göre, bu faktörün etkisiyle K_x artmaktadır⁹².

• **Yerleşim ve Poliçenin Coğrafi Sınırı** : Tedavi ve hastane giderleri, ülkenin coğrafi bölgelerine göre değişiklik göstermektedir. Bu etken ayrıca her bölgedeki sosyal sınıf ve meslek dağılımı ile de ilgilidir. Bu faktör hem grup hem de ferdi bazdaki tarifelendirmede önemli olmaktadır. Örneğin kapsamı Türkiye'de olan bir poliçe, kapsamı dünya çapında olan bir tedavi poliçesinden daha ucuz olmaktadır⁹³.

• **Özel Uğraş, Alışkanlıklar ve Yaşam Stili** : Kişinin uğraş ve merakları da sağlık sigortası riskini etkileyen faktörler arasındadır. Örneğin, çeşitli spor dalları ile ilgilenen kişilerin yaralanma ve hastalanma oranı uğraştıkları spor dallarıyla orantılı

⁹¹ H. Moser, 1996, s. 3

⁹² Gülçin Yılmaz, **Hastalık Sigortası**, SMK Yayını, İstanbul 1989

⁹³ N. Elif Türker, “**Özel Sağlık Sigortalarında Fiyatlandırma**”, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1993, s. 45

olarak daha yüksek olacaktır. Aynı şekilde alışkanlıklar ve yaşam biçimi de kişinin kaza sonucu yaralanma ve hastalık risklerini arttırabilecek faktörlerdir. Ayrıca ilaç ve alkol problemi olan kişilerin daha fazla hasar talebinde bulunacakları açıktır⁹⁴.

Teklifname ve riziko ile ilgili sair bilgilerin sigorta şirketine ulaşmasından sonra yapılacak inceleme sonucunda rizikonun genel kabul standartlarına girip girmediği, girmiyorsa hangi koşullarda kabulünün mümkün olduğu veya reddinin gerektiği hususunda karar verilir. Bu karar alınırken hukuksal, tıbbi ve sigorta tekniğine ilişkin verilerin de dikkate alınması gerekir⁹⁵. Bu kapsamda bir sigorta şirketi risk kabul esasları çerçevesinde, rizikonun üstlenilmesinde aşağıdaki kriterleri tesbit etmiştir⁹⁶.

***Vücut Kütle İndeksi = VKİ = $\frac{\text{Kg. Olarak Vücut Ağırlığı}}{(\text{Metre Olarak Boy})^2}$**

<15	%2.5 ek prim	15,01-30,00	Standart
30,01-31,00	%10 ek prim	31,01-32,50	%25 ek prim
32,51-34,00	%50 ek prim	34,01-40,00	Tıbbi tetkikler istenir
> 40	RED		

*** Alkol Kullanımı**

Arada sırada kullananlar : Standart

Her gün kullananlar : %10 ek prim

⁹⁴ A.S. Türkölmez, 1994, s. 27 vd.;Y. Aytekin, 2000, s. 84 vd.

⁹⁵ H. Moser, 1996, s.6

⁹⁶ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Özel Sağlık Sigortası Bilgi Kitapçığı, Sağlık Sigortası Özel Şartları- Risk Kabul Esasları, s. 14

Her gün ve 10 yıldan fazla kullananlar : %20 ek prim

*** Sigara Kullanımı**

Günde 1 paketten fazla ve 10 yıldan fazla kullananlar : % 10 ek prim

Günde 1 paketten fazla ve 10 yıldan az kullananlar : % 5 ek prim

Günde 1 paketten az ve 10 yıldan fazla kullananlar : % 5 ek prim

Günde 1 paketten az ve 10 yıldan az süreli kullananlar : standart

· Risk kabul sonucunda;

* Başvuru standart kabul edilebilir,

* Tedavi giderlerini arttıracak küçük riskler için ek prim alınabilir.,

* Mevcut hastalık ile ilgili tetkik, tedavi, nüks ve komplikasyonlar istisna tutulabilir.

Sigorta tekniği, hekimliği ve hukuku ağırlaşmış riziko fiyatlarına ek prim yüklemesini gerektirmektedir. Ağırlaşmış rizikoların ek primle temin edilmesi sadece sigortalı ile sigortacı arasındaki ilişkiye değil, ayrıca iktisadi ve sosyo-politik gereklere de dayanmaktadır. Çünkü özel sağlık sigortalarının amaçlarından biri de kişilerin iş verimliliğini ve çalışma gücünü arttırmak için fevkalade yüksek tedavi ve bakım giderlerini üstlenmek ve iş gücü kayıplarını telafi etmektir. Bu amaç ancak rizikoların tamamının taşınabilmesi ile mümkündür. Ek primlerin tutarı ile toplam primlerin oranı konusunda sigorta şirketleri, geniş kapsamlı istatistik verilerden, Dünya Sağlık Teşkilatı ICD. Katalogunda yer alan bilgilerden ve bunların yetersiz

kalması halinde yerel ve bünyesel kaynaklardan yararlanmaktadırlar⁹⁷. Bu kapsamda Almanya’da bazı hastalıklara uygulanan sürprim oranları aşağıda görülmektedir.⁹⁸

Hastalıklar	Tedavi Süresi	Yüklemenin prime Oranı
Kanser	5 Yıl	%60-90
Bronşial Astım	5 Yıl	%25-60
Safra Kesesi Hastalıkları	5 Yıl	%40-70
Mide ve 12 p. Tümörü	4 Yıl	%40
Böbrek Taşları	2 Yıl	%40-70

Tablo 9: Almanya’da Bazı Hastalıklara Uygulanan Sürprim Oranları

2- HASTALIK SİGORTALARINDA TEMİNAT KAPSAMI

Hastalık Sigortası Genel Şartları’nda teminatın genel kapsamı; sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatların, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin edileceği biçiminde açıklanmış bulunmaktadır⁹⁹.

Teminatın genel kapsamını belirleyen bu hüküm biraz daha açılırsa, hastalık sigortası ile genel ve varsa özel şartlar çerçevesinde sigortalının sigorta süresi içerisinde gerek çalışma hayatında, gerekse özel yaşamında oluşabilecek kaza veya hastalık durumunda, sigortalının doktora muayene olması veya doktorun gerekli gördüğü hallerde tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılması, hastaneye yatırılması ve

⁹⁷ H. Moser, 1996, s. 7

⁹⁸ H. Moser, age., s. 8

⁹⁹ Bkz. HSGŞ. Md.1

cerrahi müdahale dahil gerekli her türlü tedavi olanağının sağlanmasının, bu sigorta güvencesi altına alındığı görülmektedir.

Bu hükmün kapsamının, yasanın emredici hükümlerine ve genel şartlara aykırı olmamak koşuluyla poliçeye konulacak özel hükümlerle genişletilmesi veya daraltılması mümkündür. Poliçenin yurtdışında da geçerli olabileceği, refakatçi giderlerinin de teminat içerisine dahil edilmesi, yaş sınırları, muafiyet süreleri gibi koşullar bu tür özel koşullara örnek olarak gösterilebilir. Nitekim, uygulamada hastalık sigortalarında geniş kapsamlı özel koşulların konulduğu görülmektedir¹⁰⁰.

Özel Sağlık Sigortaları'nın içerdiği başlıca riziko (teminat) türlerini şu başlıklar altında incelemek mümkündür.

A) Yatarak Tedavi Giderleri Teminatı (Yıllık)

Uygulamada sağlık sigortalarında en yaygın olan teminat türüdür. Sigortalının hastanede tedavi görmesi halinde tedavi ücretlerini ödemeyi temin eder. Günlük yatak ücreti başta olmak üzere, hastane tedavi giderleri, ameliyat, yoğun bakım gibi diğer teminat konuları kapsama dahil edilebilir. Tedavi süresi sınırsız olmakla birlikte 60, 90, 120 gün gibi belli sürelerle sınırlandırılabilir¹⁰¹.

¹⁰⁰ I. Ulaş, 2002, s. 203

¹⁰¹ A. Yücel, 1991, s. 10

Buradaki tazminat ödemeleri; sabit bir miktara kadar ödemelerin yapılması, gerçek ödeme miktarına bakılmaksızın sabit bir miktarın ödenmesi ve hiçbir üst sınır göz önünde bulundurulmaksızın masrafların ödenmesi, şeklinde üç kategoride gerçekleştirilebilir¹⁰².

Uygulamada sigorta şirketleri bazı farklılıklar içermekle beraber, poliçe özel şartlarında belirlenen esaslar dahilinde hastane tedavi ücretlerine ilişkin benzer düzenlemeler teşkil etmektedirler. Nitekim uygulamada bazı özel sigorta şirketleri, hastalık sigortası poliçe özel şartlarında bu teminat kapsamını aşağıdaki gibi düzenlemiştir;¹⁰³

Yatarak tedavi giderleri teminatı, Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde (T.T.B.A.Ü.T.) belirtilen belirli bir birim ve üzerindeki müdahaleler ile yatarak tedaviyi gerektiren giderler, poliçenin yürürlüğe girdiği tarihten poliçenin son bulacağı tarihe kadar olan süreyi kapsayan 1 yıl içerisinde sigortalının doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla hastanede yatmasını gerektiren durumlarda işlerlik kazanır. Doktor raporu ile belgelenmesi kaydı ile; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na ruhsat verilmiş anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen koroner anjiyografi ile ilgili tüm sağlık giderleri, poliçe özel şartları dahilinde yatarak

¹⁰² İbrahim Taşbaşı, *“Sosyal Güvenlik Yönünden Özel Sigortalar”*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1995, s. 61

¹⁰³ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar; Koç Allianz Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar

tedavi teminatı kapsamında %80'li olarak değerlendirilir. Tetkik amaçlı yatışlar, yatarak tedavi teminatı kapsamı dışındadır. Yatarak Tedavi Giderleri dahilinde yer alan sağlık giderleri, anlaşmalı kuruluşa gidilmesi halinde teminat ve iştirak oranı dahilinde ödenir. Anlaşmalı kuruluşa yapılan her türlü operasyonu hastanenin full-time kadrosu dışından bir doktorun gerçekleştirmesi halinde, doktor ücreti Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi (T.T.B.A.Ü.T.)'nin 2 katı kadar karşılanır. Anlaşmasız bir sağlık kuruluşuna gidilmesi durumunda ise; gerçekleşen yatarak tedavi giderleri, Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi (T.T.B.A.Ü.T.) ile; hastane oda-yemek ve refakatçi giderleri günlük 50 \$ ile; ameliyatların açılış ücretleri Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi'ndeki (T.T.B.A.Ü.T.) operatör ücretlerinin % 30'u ile sınırlıdır.

a- Ameliyat Giderleri (Beher Olay)

Ameliyat masrafları genelde yatarak tedavi masrafları teminatıyla birlikte verilmekle beraber, sadece ameliyat masraflarının tazmin edilmesi şeklinde de teminat verilebilir. Ameliyatın tür ve büyüklüğü açısından yaygın olan ameliyatlara ilişkin listeler oluşturularak, her bir ameliyat türü için limitler tesbit edilir. Listede yer almayan ameliyatların limitleri ise listede olanlara paralellik kurularak tesbit edilir¹⁰⁴.

Sigortalının tedavisinin genel/lokal anestezi altında cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiği durumlarda ameliyat masrafları teminatı her bir hastalık veya kaza için

¹⁰⁴ A.Yücel, 1991, s.10

işlerlik kazanır. Tedavinin birden fazla ameliyat gerektirdiği durumlarda tek ameliyat limiti dahilinde ödeme yapılır. Ancak bu ameliyatın gerekliliği doktor raporu ile kanıtlanmalı ve yataklı bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir. Ayrıca ameliyatın bu işe ruhsatlı bir sağlık müessesinde yapılması şarttır. Ameliyatı gerektiren her bir olayda sigorta şirketi tarafından ödenecek ameliyat masrafları, poliçede yazılı “Ameliyat Giderleri ” teminat limitini aşmamalıdır. Ameliyat masraflarından kasıt; ameliyathanenin içinde gerçekleşen giderler yani; ameliyathane kirası, doktor, asistan, hemşire, anestezi teknisyeni, anestezi doktor ücretleri ile (bu şahısların tümünün ameliyat ile ilgili olması şartı ile), ameliyat esnasında kullanılan sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme masraflarıdır.

Tek anestezi altında birden fazla ameliyatın yapılması ve bunlardan birinin veya birden fazla ameliyatın teminat kapsamına girmemesi halinde teminat kapsamına girmeyen ameliyat ile ilgili hiçbir masraf ödenmez. Ödenmeyecek tutar, T.T.B.A.Ü.T. puanları ile ağırlıklı olarak hesaplanır ve toplam faturadan düşülmek kaydıyla ödenir.

“Teminat Dışı Kalan Haller” bölümünde sayılan nedenlerden dolayı ameliyat teminatının ödenmemesi durumunda buna bağlı olarak diğer masraflar da (yatarak tedavi giderleri kapsamına giren diğer teminatlar) ödenmez.

Dış Gebelik ameliyatları ile Mol Hidatiform giderleri bu teminattan ödenir¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlıkım Sigortası Ferdi Özel Şartlar-Ameliyat Giderleri

b- Hastanede Tedavi Giderleri (Yıllık)

Sigortalının ameliyat ya da ameliyatı gerektirmese de bir hastalığın tedavisi nedeniyle hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan hemşire, refakatçi masrafları ile ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı, plaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan plazması takılması gibi masraflar; doktor muayene ve konsültasyon masrafları; sigortalının hastalığının teşhis edilebilmesi ya da teşhisi yapılmış bir hastalığın doktorun gerekli gördüğü durumlarda daha ayrıntılı tetkiki için yapılan tahlil , röntgen masrafları; hastane oda – yemek giderleri sigorta poliçesinde belirlenen limit ve iştirak oranı dahilinde bu teminat kapsamında yer almaktadır¹⁰⁶.

c- Yoğun Bakım Giderleri (Günlük)

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş, bünyelerinde yoğun bakım ünitesi bulunduran hastane ya da kliniklerde yatar hasta olarak bulunan sigortalının yoğun bakım ünitesinde geçirdiği her gün için doktor raporu ile belgelenmek kaydıyla yapılan masraflar poliçede yazılı limit ve iştirak oranı dahilinde bu teminat ile karşılanır. Ancak bu süre beher hastalık için belirli bir süreyle¹⁰⁷ sınırlandırılabilir¹⁰⁸.

¹⁰⁶ N. Türker, 1993 s.17; Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar-Hastane Tedavi Giderleri

¹⁰⁷ Bu süre sigorta şirketlerinin özel şartlarıyla belirlenir. Örneğin Axa Oyak A.Ş. bu süreyi 30 gün olarak belirlemiştir.

¹⁰⁸ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar-Yoğun Bakım Giderleri

B) Kemoterapi, Radyoterapi Giderleri Teminatı (Yıllık)

Sigorta teminatına alındıktan sonra başlamak kaydıyla, kanser hastalığında kanser vakalarının gerektirdiği kemoterapi, radyoterapi ve her türlü takip, tetkik ve yatışlarla ilgili masraflar poliçede belirlenen yıllık limit ve iştirak oranı dahilinde bu teminat kapsamından ödenir. Metastaz tedavileri ile ilgili masraflar da bu teminat kapsamında değerlendirilir¹⁰⁹.

C) Ayakta Tedavi Giderleri Teminatı (Yıllık)

Sigortanın yürürlüğe girdiği tarihten poliçenin son bulacağı tarihe kadar olan süreyi kapsayan 1 yıl içerisinde (yıllık poliçeler için) ayakta tedavi giderleri teminatı dahilinde olan tüm alt teminatların gerektirdiği sağlıkla ilgili masraflar, bazı sigorta şirketleri tarafından ana teminatların dışında isteğe bağlı teminatlar kategorisinde sunulmakta¹¹⁰ olan ayakta tedavi giderleri teminatı kapsamında yer alır. Ayakta tedavi giderlerinden kasıt, aşağıda detayları verilmiş olan doktor muayene, ilaç, tahlil ve röntgen masraflarını kapsamaktadır¹¹¹.

¹⁰⁹ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar-Kemoterapi Radyoterapi Giderleri

¹¹⁰ Bkz Koç Allianz Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar

¹¹¹ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar-Ayakta Tedavi Giderleri

a-Doktor Muayene Giderleri (Beher Olay)

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılacak muayene giderleri poliçede belirtilen yıllık teminat limit ve iştirak oranı çerçevesinde her bir olay için ayakta tedavi giderleri teminatından ödenir. Sigortalının anlaşmalı sağlık kuruluşuna başvurması durumunda giderin iştirak yüzdesini ödemesi yeterlidir. Anlaşmasız bir sağlık kuruluşunda ise sigortalı giderlerin tamamını ödeyecek, sonrasında yaptığı masrafları sigorta şirketinden talep edecektir. Doktor muayene giderleri şikayet, tanı, tedavi beyanı ve fatura ile belgelenmek zorundadır. Bu teminat vizite başına ödenmektedir¹¹².

b-İlaç Giderleri (Beher Olay)

Doktor tarafından yazılan ilaç reçeteleri karşılığı tedarik edilen ilaç, serum, vb. bedelleri ile kuduz ve tetanoz aşılarının ilaç bedelleri fatura ya da kasa fişi ibraz edilmek koşuluyla poliçedeki teminat limiti ve iştirak oranı çerçevesinde bu teminat dahilinde ödenir. Reçetesiz, fatura ya da kasa fişi olmayan veya küpürsüz alınan ilaçlar ile, ilaç küpüründe ismi açıkça okunmayan ilaçların bedelleri ödenmez. Teminat, beher olay için geçerli olup reçeteler bölünemez¹¹³.

c-Tahlil Giderleri (Beher Olay)

Beher hastalık başına doktorun teşhis ve tedavisi için gerekli gördüğü her türlü tahlil giderleri, teminatın kapsamına girmeyen haller dışında poliçede yazılı

¹¹² N. E. Türker, 1993, s. 14

¹¹³ İ. Taşbaşı, 1995, s. 63

limit ve iştirak oranı dahilinde fatura ile belgelenmek kaydıyla ayakta tedavi teminatı kapsamında ödenir. Tahlil faturalarına doktorun gerekçeli sevk kağıdı ve yapılan tetkiklerin ayrıntılı sonuç raporu eklenmelidir. Hastanın şikayetleriyle ilgili olmayan tahlil giderleri de kapsam dıřındadır¹¹⁴.

d-Röntgen ve Diğer Tetkik Giderleri Teminatı (Beher Olay)

Beher hastalık başına doktorun teşhisi için gerekli gördüğü her türlü röntgen (direkt ve kontrastlı) ve ultrasonografi, mammografi, artrografi, EKG, eforlu EKG (treadmill), Holter, ECHO, EEG, EMG, görme alanı, odyolojik tetkikler, solunum fksiyonları, ürodinamik fonksiyonlar, uyku testi, işitme testi, tanı amaçlı yatışlar vb. giderleri ile bu incelemeler için kullanılan ilaç, anestezi, doktor ve yatak ücretleri teminat kapsamına girmeyen haller dışında poliçede yazılı limit ve iştirak oranı çerçevesinde fatura ile belgelenmek kaydıyla bu teminattan karşılanır. Röntgen faturalarına doktorun gerekçeli sevk kağıdı ve yapılan tetkiklerin ayrıntılı sonuç raporu eklenmelidir¹¹⁵. Hastanın şikayetleriyle ilişkisi olmayan röntgenler de teminat dışındır. Röntgen istemi doktorun yetki ve imzasıyla mümkün olmakta, aynı hastalık ile ilgili bölünmüş istek formları veya faturalar işlem görmemektedir¹¹⁶.

¹¹⁴ N. E. Türker, 1993, s. 15

¹¹⁵ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar

¹¹⁶ N. E. Türker, agt., s. 15

D) Tedavi Giderleri Teminatı (Yıllık)

a-Küçük Müdahaleler Teminatı (Yıllık)

, Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi'nde (T.T.B.A.Ü.T.) belirtilen belirli bir birime¹¹⁷ kadar olan tüm genel ve lokal anestezi ile yatarak yapılmış olmasına bakılmaksızın tüm işlemler bu teminattan değerlendirilir. Hastalığın tedavisi için hastanede yatış gerekli olsun veya olmasın, pansuman, kulak yıkama, enjeksiyon, aşı ve serumların uygulama bedelleri, alçı uygulaması, oksijen verilmesi, mide yıkaması, serum takılması, lavman, her türlü biopsi yapılması, dializ, sonda uygulaması, abse drenajı, probe kürtaj, koterizasyon, krioterapi gibi tüm müdahalelerin ve sarf malzemelerinin toplam masrafları, poliçede yazılı limit ile sınırlı kalmak koşuluyla ödenir. Masraflar ile ilgili faturalarda tedavinin gerekli olduğunun doktor raporu ile belgelenmesi şarttır¹¹⁸.

b- Fizik Tedavi Giderleri Teminatı (Yıllık)

Doktorun raporla gerekli gördüğü durumlarda ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nca çalışma ruhsatı verilmiş, hastane ve kliniklerde veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılan ve rapor karşılığında alınan Fizik Tedavi Giderleri, yatarak yapılmış olsa dahi ilgili fizik tedavi teminatının yıllık limit ve iştirak oranı ile sınırlı kalmak koşulu ile ödenir. Fizik tedavi giderleri seans

¹¹⁷ Bu birim Axa Oyak ve Koç Allianz A.Ş. tarafından 149 birim (149 birim dahil) olarak tesbit edilmiştir.

¹¹⁸ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar

başınadır¹¹⁹. Sigorta şirketleri genellikle özel şartlarda poliçe yılı içinde karşılanacak giderler toplamının belli bir seans ile sınırlamaktadır¹²⁰.

E- Modern Tanı Yöntemleri Teminatı (Yıllık)

Poliçenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren poliçenin son bulacağı tarihe kadar olan süreyi kapsayan 1 yıl içerisinde Modern Tanı Yöntemleri dahilinde olan Anjiyografi , MR, Sintigrafi, Tomografi, Endoskopi, Doppler masraflarının toplamı bu teminatın yıllık limitini aşmamak kaydıyla modern tanı yöntemleri teminatından karşılanır. Bu tetkiklerin gerekliliğinin doktor raporu ile belgelenmesi şart olduğu gibi sonuç raporlarının da fatura ekinde ibraz edilmesi şarttır. Rutin tetkikler ile check-up'lar teminat dışıdır. Modern tanı yöntemleri teminatında belirtilmeyen tanı yöntemlerine ait giderler ise ayakta tedavi teminatı kapsamında (ya da ilgili sigorta şirketinin özel koşulları çerçevesinde belirlediği diğer teminat kapsamlarında) karşılanır¹²¹.

a-Anjiyografi (Beher Olay)

Doktor raporu ile belgelenmesi ve bu işe ehliyetli hastanelerde yapılmış olması kaydıyla anjiyografi (koroner anjiyografi hariç) ile ilgili tüm diğer masraflar

¹¹⁹ N. E. Türker, 1993, s. 16

¹²⁰ Örneğin, Koç Allianz Özel Sağlık Sigortası, Özel Şartlarında bu sayı 15 seans olarak belirlenmiştir.

¹²¹ Bkz. Axa Oyak A.Ş Sağlık Sigortası Ferdi Özel Şartlar- Modern Tanı Yöntemleri Teminatı

poliçede yazılı limit dahilinde her bir olay için ödenir. Olaydan kasıt beher hastalıktır.

b-MR (Beher Olay)

Beher hastalık başına doktorun teşhis ve tedavi için gerekli gördüğü MR masrafları (MR sırasında gereken kontrast madde ve anestezi vs. ücretleri dahil olmak üzere), poliçede yazılı limitler dahilinde fatura ile belgelenmek kaydıyla ödenir. MR faturaları ekinde doktorun gerekçeli sevk kağıdı ve yapılan tetkiklerin ayrıntılı sonuç raporu gerekmektedir.

c-Sintigrafi (Beher Olay)

Beher hastalık başına doktorun teşhis ve tedavi için gerekli gördüğü her türlü Sintigrafi masrafları, poliçede yazılı limitler dahilinde fatura ile belgelenmek kaydıyla ödenir. Sintigrafi faturaları ekinde doktorun gerekçeli sevk kağıdı ve yapılan tetkiklerin ayrıntılı sonuç raporu gerekmektedir.

d-Tomografi (Beher Olay)

Beher hastalık başına doktorun teşhis ve tedavi için gerekli gördüğü Tomografi masrafları ile kullanılan malzemeler ve diğer tüm giderler poliçede yazılı limitler dahilinde fatura ile belgelenmek kaydıyla ödenir. Tomografi faturalarının ekinde doktorun gerekçeli sevk kağıdı ve yapılan tetkiklerin ayrıntılı sonuç raporu gerekmektedir.

e-Endoskopi (Beher Olay)

Beher hastalık başına doktorun teşhis ve tedavi için gerekli gördüğü Endoskopi masrafları ile kullanılan malzemeler ve diğer tüm giderler poliçede yazılı limitler dahilinde fatura ile belgelenmek kaydıyla ödenir. Endoskopi faturalarının ekinde doktorun gerekçeli sevk kağıdı ve yapılan tetkiklerin ayrıntılı sonuç raporu gerekmektedir.

f-Doppler (Beher Olay)

Beher hastalık başına doktorun teşhis ve tedavi için gerekli gördüğü Doppler masrafları ile kullanılan malzemeler ve diğer tüm giderler poliçede yazılı limitler dahilinde fatura ile belgelenmek kaydıyla ödenir. Doppler faturalarının ekinde doktorun gerekçeli sevk kağıdı ve yapılan tetkiklerin ayrıntılı sonuç raporu gerekmektedir.

F) Doğum Giderleri Teminatı

Hamilelik halinin gerektirdiği ve teminat dışı kalan haller bölümünde istisna edilen durumlar dışındaki tüm masraflar, gebelik öncesi, sırasında ve sonrasında gerçekleşen gebelik ile ilgili tüm giderler (Gebelik ile ilgili rutin tahliller, Gebelik Testleri, TORCH, mutad kontroller, obstetrik ultrason, amniosentez, NST, Üçlü Tarama Testi, hiperemezis, preeklampsi, düşük, düşük tehdidi, erken doğum, normal doğum, sezaryen, doğum komplikasyonları, lohusalıkla ilgili giderler v.b) poliçede

yazılı limit ve iştirak oranı çerçevesinde karşılanır. Doğum giderleri teminatı, sigorta teminatının başlangıcından itibaren sigorta şirketinin belirlediği bir sürenin geçmesinden sonra başlayan hamilelik durumlarının kapsamaktadır¹²². Bu nedenle, bu teminatın tanımına giren tüm giderler genellikle teminatın alındığı ilk yıl kapsam dışındadır¹²³. Teminatın kesintisiz iki yıl poliçede mevcut olması şartıyla teminat ikinci yıl işlerlik kazanır. Teminat kapsamında belirtilen sağlık giderleri hiçbir koşul altında diğer teminatlardan karşılanamaz. Yeni doğan bebeğin doğumu takiben hastaneden taburcu olmasına kadar oluşan sağlık giderleri de bu teminattan karşılanmaktadır¹²⁴.

Bazı sigorta şirketleri doğum giderlerini, sadece Türkiye Cumhuriyeti ülke hudutları içerisinde geçerli saymakta¹²⁵; bazı sigorta şirketleri de bu teminatı 18 ile 44 yaş arası bayan sigortalılar için geçerli kabul etmektedir¹²⁶.

G) Acil Yardım Teminatları

Acil Yardım Teminatı, belirlenen genel ve özel şartlar çerçevesinde; tıbbi bilgi ve danışmanlık, tıbbi nakil (kara / hava ambulansı / sedyeli uçuş), sigortalının

¹²² N. E. Türker, 1993, s. 19

¹²³ Koç Allianz bu süreyi, poliçe teminatı kapsamına girmekten itibaren en az 5 ay olarak belirlemiştir.

¹²⁴ Bkz. Axa Oyak A.Ş. Sağlık Sigortası Ferdi Özel Şartlar- Doğum Giderleri Teminatı

¹²⁵ Örneğin, Axa Oyak A.Ş.

¹²⁶ Örneğin, Koç Allianz A.Ş.

hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık durumunda en yakın ve en uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna nakli, sigortalının bedensel zarar ve hastalığına özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneden diğerine nakli, tedavinin bitiminde sigortalının Türkiye'deki ikametne ya da ikameti yakınındaki uygun bir hastaneye veya sağlık merkezine hemşire ve/veya doktor gözetimi altında doğrudan nakli, gerekli ilaçların sevki, sigortalının yurtdışında hastanede yatışını takiben belirli bir süre ve gecelik belirli bir miktarla sınırı olmak koşuluyla hastaneden taburcu oluşunu takiben otelde konaklama , tedavinin bitiminde sigortalının Türkiye'deki daimi ikametgahına nakli, refakatçi yakının konaklama giderleri, sigortalının yakınının sağlık durumunun izlenmesi, sigortalının cenazesinin tıbbi şartlara uygun bir şekilde nakli, sigortalının vefatı halinde aile fertlerinin dönüşü, acil mesajların iletilmesi, avukat / danışman giderleri.....vb. birtakım imkanları kapsamaktadır¹²⁷.

H) Yapay Uzuv ve Organ Nakli Teminatı

Sigortalının sigorta süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu fonksiyon kaybına uğramış bir organının, fonksiyonlarını yerine getirmesi amacıyla takılan ve estetik amaç taşımayan el, kol, bacak gibi protez giderleri, gerekliliğin doktor raporuyla belgelenmesi ve yetkili doktorun onaylamasıyla olay tarihinde yürürlükte bulunan poliçede belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde yapay uzuv teminatı kapsamında karşılanması mümkündür. Bazı poliçelerde ise bu teminat bulunmamakta; ancak bu teminattan farklı olan ve böbrek,

¹²⁷ Bu teminatlar Axa Oyak A.Ş'nin kendi özel sağlık sigortası için belirlediği hususlar olsa da, özel şartlarda genellikle benzer hususlar yer almaktadır.

kalp, kornea, kemik iliği ve karaciğer nakilleri gibi bazı organların nakilleri esnasında oluşan tıbbi giderleri karşılamaya yönelik olarak sunulan organ nakli teminatı yer almaktadır. Organın nakli ve organ veren şahsa ait giderlerse genellikle bu teminatın kapsamı dışındadır¹²⁸.

İ) Gözlük (Cam/Çerçeve), Lens Teminatı

Sigortalının görme kusurunun sürekli kullanacağı numaralı gözlük veya lens ile giderileceğinin göz doktoru tarafından reçete ile belgelendirilmesi durumunda, reçeteye bağlı olarak alınan gözlük, cam ve çerçevesi ile birlikte lens giderleri, poliçede belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde gözlük ve lens teminatı kapsamında karşılanır¹²⁹.

J) Diş Tedavisi Teminatı

Diş hekimi tarafından yapılan her türlü tedavi, ameliyat ve protezler (endodontik, periodontik tedaviler ile ağız, diş ve çene cerrahisi gibi), poliçede belirtilen yıllık limit ve limit ödeme yüzdesi dahilinde diş tedavi teminatı kapsamında karşılanır. Diş hekimi tarafından düzenlenen reçete ile alınan ilaçlar bu teminat kapsamı dışında ilgili sigorta şirketinin belirleyeceği başka bir teminat türüne dahildir¹³⁰. Aynı şekilde estetik amaçlı diş tedavileri, yardımcı alet giderleri,

¹²⁸ N. E. Türker, 1993, s. 20

¹²⁹ Koç Allianz, Özel Sağlık Sigortası Özel Şartları, s. 2

¹³⁰ Koç Allianz bu masrafları ayakta tedavi giderleri teminatına dahil etmektedir.

ortodontik ve pedodontik tedaviler bu teminat kapsamı dışındadır¹³¹. Sigortalının trafik kazası sonucu meydana gelen diş tedavi masrafları ise sigorta şirketlerine göre farklı teminatlara dahil edilmektedir. Örneğin Axa Oyak A.Ş. bu gideri poliçede yazılı “Küçük Müdahaleler” Teminatı kapsamında değerlendirmekte ve tedavi masraflarının ödenebilmesi için kazanın oluş şeklini, nedenini belirten ve yetkili makamlardan alınan bir kaza raporunun ibraz edilmesi şartını aramaktadır. Bir başka sigorta şirketi olan Koç Allianz ise trafik kazası sonucu, diş hekimlerinin, ortodontistlerin (çene cerrahlarının) ve plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanlarının ağız ve çene bölgesi ile ilgili ameliyatlarını yatarak tedavi giderleri kapsamına dahil etmektedir¹³².

K) Gündelik Tazminat ve Maluliyet Halinde Gelir Kaybı Teminatı

Sağlık sigortaları kişilerin bir kaza veya hastalık sonucu karşı karşıya kalabileceği gelir kaybı ve olağandışı harcamaları güvence altına almak amacıyla hazırlandıkları için genel olarak tıbbi masraflar teminatının yanı sıra; maluliyet geliri, gündelik tazminat teminatı gibi adlandırılan ikinci bir teminat türünü daha içermektedir. Sağlık sigortalarının dünyada uygulaması incelendiğinde bu teminatların tıbbi masraflar teminatının tamamlayıcısı olarak beraber sunulduğu görülmektedir. Ancak ülkemizde gündelik tazminat teminatı ya da maluliyet geliri

¹³¹ N. E. Türker, 1993, s. 18

¹³² Bkz. Koç Allianz, Özel Sağlık Sigortası Özel Şartları, s. 2; Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar- Axa Oyak A.Ş. Sağlığım Sigortası Ferdi Özel Şartlar-Küçük Müdahaleler Teminatı

güvencesi daha çok hayat sigortaları ile birlikte verilen ek bir teminat konumundadır¹³³.

Hastalık ya da kaza sonucu iş görememezlikten dolayı ortaya çıkan gelir kaybı, tedavi ücretlerinin karşılanmasından bazen daha fazla önem taşımaktadır. İş görememezlik ve dolayısıyla bir gelir elde edememek, özellikle bakmakla yükümlü olduğu bir ailesi olanlar için hayati önemdedir¹³⁴.

Sigortalının kazanç sağlayamama durumu geçici veya sürekli olabilmektedir. Çalışamama durumunu tesbit etmek doktora ait bir durumdur. Sürekli kazanç kaybı malûliyet nedeniyle meydana gelir. Poliçede belirtilen şartlara göre sigortalının “tam malûl” veya “kısmi malûl” oluşu ödenecek tazminat miktarını belirleyecektir. Bu da yapılacak malûliyet tanımına göre tesbit edilir. Malûliyetin tanımı çeşitli şekillerde yapıp, poliçenin içeriğine göre farklılıklar göstermektedir¹³⁵. Tazminatın ödenmesi, altı gün ile altı ay gibi bir bekleme süresi diliminde değişkenlik gösterir. Gelir kaybı tazminatını ödeme, belli bir süre ile sınırlı olabileceği gibi sınırsız da olabilir. Tazminatın miktarı genelde, sigortalının aylık gelirinin %60 gibi bir oranı kadardır. Buradaki mantık iş görememezliğin, sigortalıya haksız kazanç elde ettirmesini bir noktada önlemektir. Tazminat tesbit edilirken, sigortalının iyileşmesini sağlayacak

¹³³ A.S. Türkölmez,1994, s. 12 vd.

¹³⁴ A. Yücel, 1991, s. 10

¹³⁵ A.S. Türkölmez, agt., s. 13

motivasyonu azaltacak yüksek bir tutar ya da alıştığı hayat standardının çok altında bir durum yaratacak az bir tutar belirlenmemelidir¹³⁶.

Sigortalının mesleki güncel faaliyetlerini yapmaktan aciz bir duruma düştüğü hallerde ödenen gündelik tazminatların da gelir dalgalanmalarına ve gerçekte kaybolmuş işin gelirine uygun olarak tesbit edilmesi gerekir¹³⁷.

3-TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

A) Hastalık Sigortası Genel Şartları Madde 2’de Belirtilen Durumlar

Hastalık sigortalarında, sigortalıların teminat dışı bırakılan durumlarda sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde sigortanın sunduğu teminatlardan yararlanmaları mümkün olmayacaktır. Teminat dışı bırakılan bu haller HSGŞ.’de şu şekilde ifade edilmiştir¹³⁸:

- a) Harp ve harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Zelzele, sel, yanardağ patlaması ve toprak kayması,

¹³⁶ A. Yücel, 1991, s. 10

¹³⁷ G. Yılmaz, 1989, s. 13; E. Türker, 1993, s. 21

¹³⁸ Bkz. HSGŞ. Md. 2.a-h.

- e) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- f) Nükleer rizikolar,
- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Sağlık sigortalarında yukarıda yazılı sebeplerden doğacak her türlü tedavi masrafları sigorta teminatından hariç tutulmuştur.

B) Poliçe Özel Şartlarında Düzenlenecek Çeşitli Teminat Dışı Haller

HSGŞ. md. 2.h.'de de belirtildiği gibi hastalık sigortalarında teminat dışı bırakılabilen haller genel şartlarla sınırlı değildir. Yasa ve HSGŞ. ilkelerine aykırı düşmemek koşuluyla teminat dışı bırakılabilen haller özel şartlarla da düzenlenebilir. Uygulamada çeşitli sigorta şirketleri tarafından belirlenen teminat dışı halleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

- 1) Poliçenin ilk yılı için, sigortalının varlığından haberdar olmadığı, gelişim süreci açısından poliçe öncesine dayanan rahatsızlıklar,
- 2) Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (konjenital hastalıklar, doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), prematüriteye ait giderler (doğumsal sarılık, kuvöz bakımı vs.), motor ve mental gelişim bozukluğu ile ilgili her türlü giderler,
- 3) Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),

- 4) Resmen ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera, sıtma vb.); zührevi hastalıklar (frengi vb.); AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıklar ile ilgili olan her türlü test, tahlil masrafları ve gerekli tedaviler ile, HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalıklar,
- 5) Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, yağ aldırma, meme küçültme), poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
- 6) Kuduz ve tetanoz serumları hariç tüm aşılar,
- 7) Sanatoryum, prevantoryum tedavileri ve rehabilitasyon tedavi merkezlerindeki tedavi giderleri,
- 8) Özel hemşire giderleri,
- 9) Kısırlıkla ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek vb.), kısırlaştırma ameliyatları (tüp ligasyonu, vasktomu), her türlü kürtaj, spiral (aletin kendisi, takılması, çıkarılması), tedavi amaçlı olsa dahi doğum kontrolü ile ilgili ilaç , araç, malzeme; tedavi amaçlı dahi olsa her türlü sünnet (fimozi),
- 10) Her türlü septum deviasyonu ve konka rezeksiyonu giderleri,
- 11) Mesleki hastalıklar (asbestozis, pnömokonyozis, civa zehirlenmesi, silikozis vs.) ve mesleki sebepten kaynaklanan yaralanmalar,
- 12) Cilt bakımı ve sivilce tedavisi ile ilgili giderler; kontakt lens solüsyonları; her türlü şampuan ve saç losyonları; kozmetik sabun ve kremler; saç dökülmesine yönelik her tür ilaç, solüsyon ve şampuan; enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve

kolonyalar; termometre, termofor, sargı bezi, steril eldiven, ilaçlı cilt sabunları, ilaçlı diş macunları; tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.,

13) Rekonstrüktif protezler (kol, bacak, parmak, el, meme, kulak, burun, göz v.s.); koltuk değneği, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi, eskar simidi ve her türlü ortopedik destekleyici ile işitme cihazı giderleri ve her türlü yardımcı tıbbi alet ve malzeme (uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı vb.)

14) Doğum teminatının ilk yılında doğum teminatı kapsamında yer alan tüm sağlık giderleri,

15) Aksine bir gözlük teminatı yoksa; gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri,

16) Organ naklinde organın ve vericinin masrafları,

17) Polis ya da askeri kuruluş üyesi iken meydana gelen yaralanmalar,

18) Akupunktur ve tüm alternatif tedaviler, deney niteliğindeki tıbbi girişim ve tedaviler, (Food and Drug Administration (FDA) onayı baz alınmaktadır.)

19) Telefon, televizyon, kafeterya, idari hizmet ve paramedikal servis ücretleri gibi tedavi için gerekli olmayan sair masraflar,

20) Kilo kontrol bozuklukları, diyet uzmanları, jimnastik salonları, zayıflama, estetik ve alternatif tıp merkezleri vb. ilgili giderler ile bu merkezlerden alınan her tür muayene, tetkik ve tedavi faturaları; kaplıca kürleri, masaj masrafları, çamur banyoları masrafları; Obesite tedavisi (xenical, reductil vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi,

21) Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan

hastalıklar, yaralanmalar, eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde olabilecek her türlü sağlık giderleri,

22) Tehlikeli sporların yapılması sırasında meydana gelecek sakatlanma ve yaralanmalar (amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşütçülük, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış, binicilik, güreş, boks v.b.) ile spor müsabakaları ve yarışlar (her tür spor karşılaşması, otomobil, motosiklet yarışları vb.) sırasında meydana gelebilecek her tür sağlık giderleri,

23) Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü ruh ve sinir hastalıkları, ve geriatrik hastalıklar , psikosomatik hastalıklar, psikoterapi gerektiren durumlar ve ruh ve sinir hastalıklarına ait muayene, tedavi ve ilaç harcamaları ile psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları,

24) Cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler (penil-protez, impotans vb.); cinsiyet değiştirme ameliyatları ve takiben yapılan tüm hormonal tedavi giderleri,

25) Gözdeki kırılma kusuru cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği ile ilgili giderler,

26) Yurtdışında gerçekleşen ayakta tedavi giderleri ve ilaçlar,

27) Anlaşmalı kuruluşlar dışındaki ambulans giderleri,

28) Aksine bir diş teminatı yoksa; diş rahatsızlıkları ile ilgili tüm tedavi giderleri (muayene, ilaç, röntgen, diş ve diş eti ameliyatları, her türlü ortodonti ameliyatları),

29) Sözleşmedeki özel istisna başlığı altında tutulan hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri,

- 30) Belli bir semptom veya hastalığa bağlı olmayan inceleme ve tedaviler, check-up giderleri ve rutin taramalar,
- 31) Muntazam sefer yapan bir havayolunda biletli yolcu olmanın dışında, herhangi bir şekilde uçuşmanın doğuracağı sakatlık ve gerektirdiği tedaviler,
- 32) Çocuk bakım ücretleri, çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler,
- 33) İlaç niteliğinde olmayan destekleyici ürünler, bitkisel ilaçlar ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ithal ilaçlar, Tarım Bakanlığı ruhsatı ile satılan ilaçlar,
- 34) Yüzeysel varise (bacak varisi) yönelik skleroterapi ve laser vb. tedaviler,
- 35) Yataklı bir sağlık kurumunda gerçekleşmeyen T.T.B.A.Ü.T.'de 149 birim ve üzerinde tanımlanan işlemler,
- 36) Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan her türlü cerrahi ve tedavi hatalarından oluşan giderler,
- 37) Tanı ve tedavisi için kendine başvuran sigortalı ile kan veya sıhri hısımlığı bulunan doktor ücreti.....vs.

Teminat dışı bırakılacak haller, her bir sigorta şirketinin kendi özel şartlarıyla belirlenmekte ve tercihe bağlı olarak bu alan daraltılıp, genişletilebilmektedir. Ancak uygulamada sigorta şirketleri, üç aşağı beş yukarı benzer düzenlemelerle yukarıdaki listeye benzer teminat dışı halleri poliçe özel şartlarına dahil etmektedir¹³⁹.

¹³⁹ Bu liste Axa Oyak ve Koç Allianz Özel Sağlık Sigortaları Özel Şartları temel alınarak oluşturulmuştur.

Yargıtay uygulamasında da özel şartlarla teminat dışı bırakılan hususlara ilişkin bir çok örnek karar yer almaktadır. Bu noktada Özel Daire'nin, özel şartlarla sağlık sigortası teminatı dışında bırakılan kronik hastalıkların belirlenmesi ve araştırılma şeklini içeren 2.7.2001 gün ve 2001//3985-6110 sayılı kararı, aşağıdaki şekildedir.

“Dava, hastane gündelik teminatım da kapsar, hayat (sağlık) sigorta poliçesine istinaden tazminat istemine ilişkin olup, davalı sigorta şirketince poliçe özel şartlarının 5/a. maddesi uyarınca, sigorta başlangıç tarihinden önce, sigortalıda mevcut bulunan kronik hastalıkların teminat dışı olduğu, davacıda mevcut rahatsızlığın da bu nitelikte bulunduğu savunulmuştur. Bir kısım hastane evrakında davacıdaki hastalığın (10) yıl öncesine dayandığının belirtildiği, bir bölümünde ise, sonradan yapılan değişiklikle, bu sürenin (2) seneye indirildiği ve hastanede kalış süresinin de uzatıldığı anlaşılmaktadır. Bu durumda, davada sağlıklı bir sonuca ulaşılabilmesi için, davacıya ait tüm tedavi evraklarının dosyaya getirilmesi, bundan sonra dosyanın Adli Tıp Kurumu'na sevki ile davacıda mevcut rahatsızlığın kaç sene öncesine dayandığının ve bu durumun sigortalıca bilinip, bilinemeyeceği hususunda ve hastanede kalış süresinin tespiti yönünde bilirkişi raporu alınmak suretiyle, oluşacak sonuç çerçevesinde bir karar verilmesi gerekirken, yetersiz inceleme sonucu yazılı şekilde hüküm tesisi doğru olmamış ve kararın açıklanan nedenlerle davalı sigorta yararına bozulması gerekmiştir.”¹⁴⁰

¹⁴⁰ Bkz. I. Ulaş, 2002, s. 206-207; Bu hususta adı geçen eserde konuyla ilgili diğer Yargıtay kararları için bkz. s. 205 vd.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTASI TÜRLERİ ve HASTALIK SİGORTALARININ SİGORTA TASNİFİ İÇİNDEKİ YERİ

1- HASTALIK SİGORTASI TÜRLERİ

Hastalık sigortalarını, ödenen prim esasına göre üç ana gruba ve bu gruplarda sunulan ürün çeşitliliğine göre çeşitli alt bölümlere ayırarak incelemek mümkündür. Özel sağlık sigortası piyasasında primler ya özel şahıslar tarafından bireysel olarak ya grup sigortalarında olduğu gibi ticari nitelikli kurumlar tarafından ya da kurum tarafından organize edilmiş olsa bile kendi istekleriyle çalışanlar tarafından ödenir. Bu kıstasa göre hastalık sigortalarını; ferdi sağlık sigortaları, grup sağlık sigortaları ve primlerin çalışanlarca ödendiği grup sağlık sigortaları olarak üçe ayırmak gerekir¹⁴¹.

A) Ferdi Sağlık Sigortaları

Bu grupta yer alan ürünler kendi primini kendi ödeyen, bireysel müşterilerin ihtiyaçlarına göre düzenlenen teminatları içeren sigorta çeşitlerinden oluşmaktadır. Bu kapsamda güvence genellikle şahıs, eş veya aile adına düzenlenir¹⁴². Sigortaya kabul şartları sigorta şirketlerine göre değişse de genellikle 18-65 yaş arası, sigortaya

¹⁴¹ Y. Aytekin, 2000, s. 79

¹⁴² Y. Aytekin, agt. s. 80

kabulünü engelleyecek bir sağlık sorunu bulunmayan ve Türkiye'de ikamet eden herkes bu ürünlerden satın alabilir. Piyasada standart sunulan poliçelerde en yüksek kabul yaşı 70 ¹⁴³ olarak belirlenmiştir. 18 yaşından küçük çocuklarsa kendilerine bakmakla yükümlü yakını/yakınları ile birlikte sigorta teminatı altına alınabilirler. Poliçe özel şartları dahilinde yeni doğan bebekler de bu ferdi sağlık sigortası ürünlerinden yararlanabilir. Ferdi özel sağlık sigortası ürünleri; geniş kapsamlı paket poliçeler (limitsiz sağlık sigortaları), standart poliçeler, bütçeye uygun hesaplı poliçeler, üst yaş grubu poliçeleri, uzun süreli sağlık sigortaları, bölgesel sağlık sigortaları, tehlikeli hastalık sigortaları, seyahat sağlık sigortası, tercihli sağlık sigortası.....vb. birçok sigorta çeşidinden oluşmaktadır. Bu geniş ürün yelpazesi gelişen ve değişen ihtiyaçlara göre her geçen gün daha da büyüyerek genişlemektedir¹⁴⁴.

a) Geniş Kapsamlı Paket Poliçeler (Limitsiz Sağlık Sigortaları)

Geniş kapsamlı poliçeler¹⁴⁵ bütün özel sağlık sigortalarının temel, vazgeçilmez ürünüdür. Bunlara tam teminatlı tazminat poliçeleri veya limitsiz¹⁴⁶

¹⁴³ Axa Oyak A.Ş., sigortalıların en son 70 yaşına kadar sigorta kapsamında kalabileceklerini hükme bağlamıştır.

¹⁴⁴ Y. Aytekin, 2000, s. 80

¹⁴⁵ Konu hakkında detaylı bilgi için bkz. S. Bülent Eriş, “*Limitsiz Sağlık Sigortaları Genel bir Yaklaşım*”, Marmara Üniversitesi, Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1992

¹⁴⁶ Sağlık sigortalarının bu türü yurtiçinde genelde limitsiz iken, yurtdışında sigorta şirketlerinin belirleyeceği şartlar dahilinde belli bir oranla sınırlıdır. Örneğin, Ak Sigorta, Güneş Sigorta bu oranı kişi başına yıllık 300.000 \$ olarak

sağlık sigortaları denilmekte ya da ilgili sigorta şirketince belirlenen başka bir isim de verilebilmektedir¹⁴⁷. Çok geniş bir teminat ve hizmet yelpazesi sundukları için piyasada en pahalı satılan ürünler bunlardır. Özel teşhis ve tedavi giderleri ile günlük en pahalı tıbbi harcamaları karşıladıktan sonra bu poliçeler kapsamına daha bir çok hizmet dahil edilmektedir. Ancak bir çok sağlık sigortasında olduğu gibi geniş kapsamlı sağlık sigortalarında da belirlenen genel ve özel şartlar dahilinde bazı rahatsızlıklar kapsam dışında bırakılmakta, bazı hastalıklar içinse bekleme süreleri öngörülmektedir. Aynı şekilde çeşitli sigorta şirketlerine göre farklılık gösterse de önceden mevcut rahatsızlıklardan kaynaklanan tedaviler de bu kapsama dahil edilmemektedir¹⁴⁸.

b) Standart Poliçeler

Esasen yapısal anlamda standart poliçeler ile geniş teminatlı poliçeler arasında ciddi bir fark bulunmamaktadır. Geniş teminatlı poliçelerde temin edilen risklerin çoğu standart poliçelerde de yer alır. Ancak standart poliçelerde belirli teminat türleri ya sınırlanmakta ya da teminat dışı bırakılmaktadır. Bu poliçelerde sunulan sağlık hizmetleri, sigorta şirketinin önceden anlaşma sağladığı sağlık belirlemiştir. Her bir sigortalı için yaşam boyu hastanede yatış gün sayısı limiti de Güneş Sigorta tarafından 720 gün olarak tesbit edilmiştir (Bkz. <http://www.akbank.com.tr>, <http://www.guinessigorta.com.tr>). Aynı şekilde ek prim ödenerek isteğe bağlı olarak alınabilecek olan doğum teminatı 1.000 \$, diyaliz teminatı ise kişi başına yıllık 10.000 USD limitlidir.

¹⁴⁷ Örneğin, Ak sigorta bu tür sigortayı mega planlı özel sağlık sigortası adı altında piyasa sunmaktadır (Bkz. <http://www.akbank.com.tr>).

¹⁴⁸ Y. Aytekin, 2000, s. 80

kuruluşlarındaki tedavileri kapsamakta ve genel olarak bir sağlık sigortasında yer alması gereken ana teminatların tamamını içermektedir. Böylelikle tedavi giderlerinden sağlanan tasarrufla, poliçe fiyatı da o denli düşük tutulmaktadır¹⁴⁹.

c) Bütçeye Uygun, Hesaplı Poliçeler

Bu tür poliçelerde çok düşük bir prim karşılığı sigortalıya belirli bazı teminatlar sunulmaktadır. Hesaplı poliçelerin en tipik örneği İngiltere’de sosyal sigorta hastanelerinde 6 haftadan uzun bir bekleme süresiyle karşılaşan sigortalılara sunulan bir pakettir. Sigortalı bu durumda ya özel sağlık sigortası teminatını devreye sokar ya da sosyal sigorta kapsamında kalarak sigortacının poliçede yazılı meblağı kendine ödemesini tercih eder. Bunun dışındaki hesaplı poliçelerde ise dar kapsamlı olan ve isteğe göre sadece en önemli ve maliyeti en düşük tedavi türleri tercih edilir. Bu poliçelerde de sunulan sağlık hizmetleri, sigorta şirketinin önceden anlaşma sağladığı sağlık kuruluşlarındaki tedavileri kapsamaktadır. Anlaşma kapsamı dışında kalan tedavi giderleri ise özel şartlar kapsamında kabul edilebilir¹⁵⁰.

Ülkemizde de farklı isimler altında hesaplı poliçeler piyasaya sunulmaktadır. Örneğin, Ak Sigorta adından da anlaşılacağı üzere en ekonomik sigorta planını “eko

¹⁴⁹ Y. Aytekin , 2000, s. 81

¹⁵⁰ Y. Aytekin , agt., s. 80

paket” adı altında satmakta ve ödenmesi gereken prim tutarları, seçilecek plan, yaş ve cinsiyet doğrultusunda farklılaşmaktadır¹⁵¹.

d) Üst Yaş Grubu Poliçeleri

Bu tür poliçeler, ilerleyen yaş grubundaki kişilerin daha sık ve geniş teminat gereksinimleri çerçevesinde, emeklilik sonrası grup sağlık sigortaları kapsamı dışında kalmaları ve sosyal sigortalar üzerinde bir yük teşkil etmeleri nedeniyle, onlara yönelik, ihtiyari bir ferdi teminat güvencesi öngörmektedir¹⁵².

e) Uzun Süreli Sağlık Sigortaları

Uzun süreli sağlık sigortaları, en az beş yıllık bir zaman dilimi için yapılmış olan sağlık sigortalarıdır. Bu süre, sigortalıların isteğine bağlı olarak emeklilik yaşlarına veya sınırsız bir zaman limitine kadar uzatılabilir. Uzun süreli sağlık sigortası, sigortalılara herhangi bir hastalanma durumunda, sigorta sözleşmesinde belirlenmiş olan teminatları sağlar. Bu sigortanın en önemli özelliği, teminatların sigorta sözleşmesinde belirlenen özel koşullar dışında sigortacı tarafından iptal

¹⁵¹ Adı geçen paket yurt içi teminatlı olup, standart olarak yatarak tedavi teminatında 3.000 \$, 5.000 \$ ve 10.000 \$ olmak üzere 3 farklı teminat seçeneği sunmakta ve hastane tedavi teminatında masrafların %100’ünü karşılamaktadır (Bkz. <http://www.akbank.com.tr>).

¹⁵² Y. Aytekin , 2000., s. 81

edilememesidir. Bu sebepten ötürü, bu sigorta türüne sürekli sağlık sigortası da denilmektedir¹⁵³.

f) Tehlikeli Hastalık Sigortaları

Tehlikeli Hastalık Sigortası, çok yeni bir sigorta türü olmasına karşılık bugün bütün dünyada büyük pazar potansiyeli olan sigorta ürünleri arasında yer almaktadır. Tehlikeli hastalık sigortalarının gelişimi 1981 ile 1990 yılları arasındaki bir dönemi kapsamaktadır. Tehlikeli hastalık sigortası kavramı ilk olarak 1980'li yıllarda Güney Afrika'da ortaya çıkmıştır. Daha sonra İngiltere ve dünyanın diğer ülkelerinde bu tür teminat sunan sigorta şirketlerinin sayısı hızla artmıştır. Bugün İngiltere'de 100'ün üzerinde tehlikeli hastalık sigortası ürünü bulunmaktadır¹⁵⁴. Tehlikeli hastalık sigortaları uygulandığı çeşitli ülkelerde; kritik hastalıklar sigortası, yaşayanlar için sigorta, tehlikeli hastalık sigortası, kriz teminatı, travma teminatı gibi farklı adlarla isimlendirilmektedir¹⁵⁵.

Tehlikeli hastalık sigortası, sigortalının poliçede belirtilen ölümcül hastalıklardan birine yakalanması şartını arayan ve sigortalının böyle bir hastalığa yakalanması halinde gerekli olabilecek maddi desteği sigortalı hayatta iken sağlayan

¹⁵³ E. Türker, 1993, s. 60; Konuyla ilgili detaylı bilgi için bkz. A. S. Türkölmez, 1994

¹⁵⁴ Nalan Eriş, "*Tehlikeli Hastalık Sigortaları*", Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1992, s. 3-5

¹⁵⁵ **A Plan For Living**, Victory Reinsurance Company Yayını, İngiltere, 1999, s. 11

bir teminat çeşididir. Bu teminat tedaviyi değil satın alınan teminatı garanti etmektedir¹⁵⁶.

Hastalık sigortalarından farklı olarak, tehlikeli hastalık sigortalarında hastalık sonucu oluşan masrafların tazmini veya gelir kaybının telafi edilmesi amaçlanmamakta ve sigortalının maluliyetle ilgili belirli koşulları yerine getirmesi gerekmemektedir. Sakat kalan sigortalıya önceden belirlenmiş bir sigorta meblağının tazminat olarak ödenmesi gibi, tehlikeli hastalık sigortalarında da riziko gerçekleştiğinde yani sigortalının tehlikeli hastalığa yakalandığı teşhis edildiğinde tehlikeli hastalık tazminatı ödenir. Sigortalı bu parayı dilediği gibi kullanmakta serbesttir. Hayat sigortalarında, teminatın sigortalının ölümünden sonra ödenmesi yani sigortalının bireysel olarak sigortadan yararlanamaması olgusu, tehlikeli hastalık sigortalarında sigortalının yaşarken sigortadan yararlanabilmesi şeklinde düzenlenmiştir¹⁵⁷. Tehlikeli hastalık sigortaları hayat sigortalarının ya da maluliyet sigortalarının yerine geçemez. Ancak onların tamamlayıcısı olarak düşünülebilir. Böylece hastalık sigortaları, hayat ve maluliyet sigortalarıyla sigortalı tam bir güvenceye kavuşmuş olur. Nitekim uygulamada da tehlikeli hastalık sigortası hayat sigortalarının hızlandırılmış bir şekli olarak düşünülmekte ve sigortalının tercihiine bağlı olarak hayat ya da sağlık sigortalarıyla birlikte satılmaktadır. Bu durumda tehlikeli hastalık sigortalarının hayat sigortalarının bir dalı olan maluliyet sigortalarına çok benzeyen kapsamı da dikkate alınarak, bu tip sigortaların hayat sigortaları genel şartlarına tâbi olması ve aynı zamanda hastalığa karşı güvence

¹⁵⁶ Başak Hayat, Kişisel Birikim Sigortası Açıklama Kitabı, İstanbul 2001, s. 35

¹⁵⁷ N. Eriş, 1992, s. 2

vermesinden dolayı da hastalık sigortası genel şartlarındaki bazı maddelerin de sigortanın özel şartlarında yer alması gereklidir¹⁵⁸.

Bu sigorta türünde teminat kapsamına alınan hastalıklar poliçe özel şartlarına göre belirlenir. Bu hastalıklar genellikle, teşhisiyle birlikte yaşamın bugününü ve geleceğini maddi manevi çıkmaza sokan, yüksek tedavi giderlerine yol açan, aynı zamanda çoğunlukla çalışma hayatını sona erdiren; *Kanser, Miyokard Enfarktüsü (Kalp Krizi)* , *İnme (Felç)*, *Koroner By-Pass Ameliyatı*, *Böbrek Yetmezliği*, *Organ Nakli*, *Körlük*, *Uzuv Kaybı*, *Multiple Skleroz*, *Paralizi*, *Körlük*, *Sağırılık* gibi tehlikeli hastalıklardır.

Bu hastalıkların teşhisini takiben poliçede yazılı teminat tutarı poliçe özel şartında tesbit edilen sürenin dolmasıyla sigortalıya ödenir. Bu sigorta türü de genellikle 1 yıllık süreyle sınırlı olarak yapılır. Sigortaya kabul yaşı olarak da, sigorta şirketlerine göre farklılık gösterse de, çoğunlukla 18-65 yaş arası şartı aranır. Belirli hastalıklar için, sigorta başlangıç tarihinden itibaren 9 ay, 3 ay gibi bekleme süreleri öngörülebilir. Ancak yenilenen sigortalarda bu bekleme süresi aranmaz¹⁵⁹. Tazminatın ödenmesi de hastalığın kesin teşhis tarihinden itibaren belli bir sürenin geçmesi ve sigortalının hayatta kalması şartıyla gerçekleştirilir¹⁶⁰.

¹⁵⁸ N. Eriş, 1992, s. 3; Alison Dash & David Grimshaw, **Dread Disease Cover, An Actuarial Perspective**, Staple Inn Actuarial Society Yayını, İngiltere, 1990, s. 1

¹⁵⁹ Başak Hayat, 2001, s. 35 vd.

¹⁶⁰ Örneğin bu süre, Garanti Sigorta ve Başak Hayat Sigorta türlerinde 30 gün olarak belirlenmiştir (Bkz.<http://www.garanti.com.tr>, <http://www.basak.com.tr>).

g) Seyahat Sağlık Sigortası

Seyahat Sigortası, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet edenlerin Türkiye dışında Avrupa veya diğer dünya ülkelerine yaptıkları seyahatleri esnasında oluşan kaza ve/veya ani bir rahatsızlık sonucu ortaya çıkabilecek acil tıbbi yardım masraflarını, Hastalık Sigortası Genel Şartları ve Seyahat Sigortası Özel Şartları doğrultusunda poliçede belirtilen teminat limitleri dahilinde karşılayan sigorta çeşididir ¹⁶¹.

Günümüzde, seyahat sigortasının revaçta olmasının en büyük nedenlerinden biri, insanların kendilerini güvende hissederek daha iyi bir tatil geçirebilmelerini düşünmeleridir. Ayrıca son zamanlarda artan rekabet ve bilinçli tüketici hareketiyle, birçok turizm acentesi, hizmet kapsamında, müşterilerini seyahat sigortası ile sigortalama eğilimi içerisine girmiştir.

Bu sigortanın geçerliliği için, poliçenin, yolculuk başlamadan önce alınmış olması ve priminin peşin ödenmiş olması gerekir. Sigortalanma süresi ve sigorta kabul yaşı, sigorta şirketlerinin özel şartlarına göre farklılık gösterir ¹⁶². Sigorta teminatları, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dahilinde ikamet eden kişiler için düzenlenen ve poliçede yazılı Türkiye dışındaki bir Avrupa veya diğer dünya

¹⁶¹ <http://www.basak.com.tr>

¹⁶² Bazı sigorta şirketleri sigortalanma süresini bir hafta ile üç ay, bazıları 6 hafta, bazıları 92 gün vb. ile sınırlamaktadır. Belirlenen günlerin aşılması halinde, aşan günler için sigorta teminatı söz konusu değildir. Sigorta şirketlerinin tercihiyle göre 18-65 ya da 69 yaş arasındaki kişiler teminat altına alınmaktadır.

ülkesinde geçerlidir. Birçok firma prosedüründe, yurtiçinde yaptırılan sigortalar, aynı teminatlarla yurtdışında da geçerlidir. Bu yurtdışı kavramı, bazı firmalarda tüm dünyayı, bazı firmalarda ise sadece Avrupa ve Amerika'yı kapsamaktadır.

Bir çok sağlık sigortasında olduğu gibi seyahat sağlık sigortasında da bazı rahatsızlıklar kapsam dışında bırakılmaktadır. Aynı şekilde çeşitli sigorta şirketlerine göre farklılık gösterse de; önceden mevcut rahatsızlıklardan kaynaklanan tedaviler, nezle, grip, anjin, baş ağrısı, kulak ağrısı gibi hafif sağlık sorunlarında yapılan tüm masraflar, ruh ve sinir hastalıkları, AIDS tedavisi, check-up masrafları, organ nakli ile ilgili tüm masraflar ve dış tedavi masrafları gibi harcamalar çoğunlukla istisna durumundadır.

Sigortalının seyahat sürecinde hastalanması ya da bu süre içinde bir kazaya uğraması sonucunda gereken acil tıbbi yardım masrafları, vefat etmesi halinde cenazenin yurda nakli veya vefat edilen yerde defin masrafları, tıbbi bilgi ve danışmanlık, tıbbi masrafların ödenmesi, acil durumlarda gerekli ilaçların ödenmesi, tıbbi nakil (Hava / Kara Ambulansı / Sedyeli Uçuş / Tıbbi Refakatli), hastaneye nakil (bir hastaneden diğerine nakil, ev ya da ikametgah yakınındaki bir hastaneye nakil), refakatçi nakli, refakatçi yakının konaklama giderleri, sigortalının özel eşyalarının hastaneye ulaştırılması, gerekli ilaçların sevki, çocukların refakatçi eşliğinde nakli, hastaneden taburcu oluşu takiben otelde konaklama, tedavi sonrası ikametgaha geri dönüşün sağlanması, sigortalının vefatı halinde cenazenin tıbbi şartlara uygun olarak nakli, sigortalının vefatı halinde aile bireylerinin dönüşü, sigortalı yakınının sağlık durumunun izlenmesi, sigortalı yakınının vefatı durumunda sigortalının ülkeye

öngörülmeven dönüşü, acil mesajların iletilmesi.....vb. teminatlar da sayıları ve içerikleri artan ya da azalan şekilde sunulan temel seyahat sağlık sigortası hizmetleri arasında sayılabilir¹⁶³.

Bu poliçe sigorta şirketlerinin sağladığı olanaklar kapsamında, ister yurtdışı seyahatinin süresi kadar, istenirse 1 yıllık süre ile satın alınabilir. Bir yıllık süre içerisinde yapılacak tüm yurtdışı seyahatleri için Yıllık Seyahat Sağlık Sigortaları, 1 yıl olan sigorta süresi içinde özellikle sık sık yurtdışı seyahatlerine çıkanlar için yapılacak her bir seyahatte teminat süresi azami bir süre ile sınırlı olarak sağlık sigortası güvencesini sunmaktadır. Beher Seyahat Sağlık Sigortalarında ise, süresi yine belirli günler arasında değişen seyahatler için alınabilecek bir sağlık sigortası öngörülmektedir¹⁶⁴.

Aşağıda örnek teşkil etmesi için bazı sigorta şirketlerinin seyahat sağlık sigortalarında uyguladıkları prim oranları yer almaktadır.

Tablo 10: Seyahat Sağlık Sigortalarında Uygulanan Prim Oranları

Seyahat Sağlık Sigortası	Plan A	Plan B	Plan C
Sigortalı Başına Limit (USD)	15.000	30.000	50.000
Geçerli Coğrafi Bölge	ABD, Kanada ve Avrupa ülkeleri dışında tüm dünya	ABD ve Kanada hariç tüm dünya	Tüm dünya

Kaynak : Güneş Sigorta

¹⁶³ <http://www.leylek.com> ; <http://www.gunessigorta.com.tr> ;

<http://www.garanti.com.tr>

¹⁶⁴ <http://www.akbank.com.tr>

Sigorta Primi= 1 Günlük Prim x Sigortalanan gün sayısı

Planlar	ABD ve Kanada hariç tüm dünyada geçerli \$ 30.000 Limitli	Tüm dünyada geçerli \$ 50.000 Limitli
Beher Seyahat Sigortası sigortalı başına 1 günlük brüt prim	1,5\$	1,7\$
Yıllık Seyahat Sigortası sigortalı başına brüt prim	66\$	70\$

Kaynak : Ak Sigorta

h) Tercihli Sağlık Sigortası

Tercihli Sağlık Sigortası değişen sigortalı ihtiyaçları doğrultusunda geliştirilmiş, yıllık limit esasına dayanan, limit ve coğrafi kapsamda bir çok seçenek içeren bir üründür. Teminatlarda esneklik esasına dayanır. Ayakta tedavilerde işlem bazında sınırlamalar yoktur. Sigortalı, yıllık limitini istediği şekilde kullanabilir. Sigorta şirketlerinin tercihlerine göre yatılı tedavilerde 10.000\$ ile 1.000.000\$ arasında istenen miktarda teminat alınabilir. Bu sayede daha ekonomik poliçe seçenekleri sağlanabilir. İstenildiğinde yurtdışında ayakta tedavi teminatı da bu kapsama eklenebilir. Yurtdışı teminatı alındığı durumlarda yurtiçi teminatıyla çoğu kez aynı limit esasları geçerlidir.

Tercihli Sağlık Sigortalarında; Yatılı Tedavi, Yatılı Tedavi + Ayakta Tedavi, Yurtiçi+Yurtdışı Yatılı Tedavi, Yatılı Tedavi + Yalnız Türkiye’de Ayakta Tedavi gibi sigorta şirketlerine göre belirlenen ve sigortalının ihtiyacına göre satın alabileceği farklı teminat türleri sunulmaktadır. Yatılı tedavide sigortalının hastanede yatılı tedavisi veya sadece hastane şartlarında yapılması gereken tedavi ve

müdahaleler yer almaktadır. Genellikle yurtiçinde geçerli olmak koşuluyla hazırlanır. İstenirse yurtiçi teminat tutarı kadar yurtdışı teminatı da eklenebilir.. Yatılı Tedavi Teminat Limitleri sigorta şirketlerinin belirleyeceği tutar ve plan türlerine göre değişiklik gösterir. Örneğin bu kapsamda aşağıdaki gibi bir plan grubu oluşturulabilir.

Plan A: 1.000.000\$ yıllık limit **Plan B:** 100.000\$ yıllık limit

Plan C: 50.000\$ yıllık limit **Plan D:** 30.000\$ yıllık limit **Plan E:** 10.000\$ yıllık

A Planları

Yatılı Tedavi 1.000.000 \$

Ayakta Tedavi 2.500 \$

Yurtiçi Planları

A1 1.000.000 \$ Yatılı Tedavi

A2 1.000.000 \$ Yatılı Tedavi + 2.500 \$ Ayakta Tedavi

Yurtiçi + Yurtdışı Planları

A3 1.000.000 \$ Yatılı Tedavi

A4 1.000.000 \$ Yatılı Tedavi + 2.500 \$ Ayakta Tedavi

A5 1.000.000 \$ Yatılı Tedavi +Yalnız Yurtiçinde 2.500 \$ Ayakta Tedavi

	A Planları	B Planları	C Planları	D Planları	E Planları
Yatılı Tedavi	1.000.000 \$	100.000 \$	50.000 \$	30.000 \$	10.000 \$
Ayakta Tedavi	2.500 \$	2.500 \$	2.000 \$	1.500 \$	1.000 \$

Tercihli sağlık sigortalarında da diğer tüm sağlık sigortalarında olduğu gibi, Hastalık Sigortası Genel Şartları ilkeleri, poliçe özel şartları, teminat dışı kalan bazı hastalıklar, bekleme süresi öngörülen çeşitli rahatsızlıklar söz konusudur¹⁶⁵.

i) Bölgesel Sağlık Sigortaları

Bu ürün, her bölgede yaşayan potansiyel sigortalı grubunu sisteme dahil edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Sigorta şirketlerinin belirlediği bölgelerdeki, belirlenen illerde geniş teminatlđ sağlık sigortalarını uygulayabilme esasına dayanmaktadır.

Piyasada henüz yeni bir ürün olan bölgesel sağlık sigortaları ile şirketler Türkiye'nin çeşitli bölgelerindeki kişilere ulaşmayı amaçlayarak, her bölgede kalıcı müşteri grubu yaratma gayretindedir. Bu üründe, sigortalının ödeyeceği prim diğer genel sağlık ürünlerine göre daha avantajlıdır. Çünkü primlerin tesbitinde, bölgelerdeki tedavi giderleri maliyetleri dikkate alınmaktadır. Bu üründe bölgesel farklılıkların dikkate alınarak çalışılması, özellikle sağlık gibi daha hassas olunması gereken sigorta türlerinde yerel etkinlik yaratmak adına büyük önem taşır¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Güneş Hayat, **Sağlık Sigortaları Bilgilendirme Kitapçığı**, İstanbul 2001, s. 109 vd.

¹⁶⁶ <http://gunessigorta.com.tr>

B) Grup Sağlık Sigortaları

Grup sağlık sigortaları hem işverene hem de çalışanlara birçok avantaj sunarak, uygun primlerle sağlık masraflarını güvence altına alma imkanı veren bir ürün çeşididir. Grup sağlık sigortaları ile gruplar, istedikleri teminatları ve limitleri serbestçe belirleyerek tercihlerine göre yatarak ve ayakta tedavi giderlerini sigorta güvencesi altına alabilirler. Grup sağlık sigortaları isteğe bağlı olarak tüm dünyada geçerli kılınabilmektedir. Düşük bedellerle çalışanların sağlığını güvence altına almayı sağlayan grup sağlık poliçelerinde, gruptaki kişi sayısına göre değişen grup indirimleri yapılmaktadır. Ayrıca sağlık sigortalarına tanınan vergi avantajları ile de hem çalışan hem de işveren artı bir kazanç elde edebilir¹⁶⁷. Grup poliçeleri, işverenlerin primini ödeyerek çalışanlar yararına sağladıkları ek avantajlardan sayılır. Çalışanların bakmakla yükümlü oldukları kimselerin de bazen primlerinin işveren tarafından ödenerek teminat kapsamına alındığı görülmektedir¹⁶⁸.

Grup sağlık sigortaları küçük ve büyük grup poliçeleri olmak üzere iki kategoride ele alınabilir. Genellikle elliden az olmayan kişileri kapsayan poliçeler büyük grup poliçelerini oluşturur. Elli kişinin altında kalan sigortalı gruplarında ise küçük grup sigortaları uygulanır. Grup sigortaları için asgari sayı sigorta şirketlerine göre değişse de genellikle en az 10 personeli kapsayan bir grup oluşturulabilir¹⁶⁹.

¹⁶⁷ <http://www.sigortam.net.tr>

¹⁶⁸ Y. Aytekin, 2000, s. 82

¹⁶⁹ Y. Aytekin, agt., s. 83

Ayrıca yine sigorta şirketlerine göre değişse de grup içindeki fertlerin 18 – 65 yaşları arasında olması ve aynı şirkette bordrolu olarak çalışıyor olmaları gerekir.

Küçük grup sigortaları daha ziyade ferdi sağlık sigortalarına benzer. Ferdi sigortalardan farklı olarak küçük grup sigortalarında prim tenzilatı sağlanabilir. Küçük grup sigortalarında sağlanan teminatlar büyük gruplara nazaran daha dardır ve esneklik taşır. Halbuki büyük grup sigortalarında, sağlık sigortalarının kapsamı dışında kalan zararlı alışkanlıkların ve akıl hastalıklarının tedavisi dahi poliçe kapsamına eklenebilir. Çünkü bu tür geniş kapsamlı sigortalarda, çalışanlar ile sigortacı arasındaki sözleşme bağı, çok sayıda sigortalının büyük meblağ tutan primleri nedeniyle sigortacı için cazip olmakta, aynı oranda sigortalıların daha iyi koşullarda sigortalanabilmeleri için pazarlık gücünü artırmaktadır. Her iki grup sağlık sigortasında da primler her koşulda işveren tarafından ödenmektedir. Özellikle büyük grup sigortalarında piyasada yoğun bir rekabet yaşanmaktadır. Rekabet koşullarının ağırlığı sigortacıları çok dar kâr marjları içinde çalışmaya zorlamaktadır¹⁷⁰.

C) Primlerin Çalışanlarca Ödendiği Grup Sağlık Sigortaları

Primlerin doğrudan çalışanlarca ödendiği grup sağlık sigortaları, kurumların çalışanlarına veya üyelerine ve onların bakmakla yükümlü oldukları kimselere, prim

¹⁷⁰ Y. Aytekin, 2000, s. 83; David Alexander, Ruth Chesmore, Richard Galley, Len Goddard, “Özel Sağlık Sigortaları Teori ve Uygulamaları”, Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Yayınları, İstanbul 1996, s. 4 vd.

ödeme yükümlülüğü altına girmeksizin sağladıkları bir teminat türüdür. Bu sistemde primini kendi ödeyen çalışanın avantajı, grubun boyutuna göre değişen ölçülerde grup sigortası indiriminden ve işverenin pazarlık gücü ölçüsünde genişletilebilen teminatlardan yararlanmasıdır. İhtiyari sistemde çalışanların primleri genellikle maaşlarından kesilerek işveren tarafından ödenmektedir. Ayrıca işveren açısından bu sistem, işyeri yönetmeliğine göre primleri işveren tarafından ödenen, teminata dahil olmayan çalışanların da özel sağlık sigortasından yararlandırılmalarına olanak sağlamaktadır¹⁷¹.

2- HASTALIK SİGORTALARININ MAL ve CAN SİGORTALARIYLA OLAN İLİŞKİSİ

Özel sigortayı bölümlere ayırırken doktrinde çeşitli kriterler kullanılmış ve değişik tasnif örnekleri verilmiştir. Bu gruplamadaki ortak amaç, sigorta bölümlerini belirli bir sistem içinde toplamak suretiyle anlaşılmayı kolaylaştırmaktır¹⁷².

Bu çerçevede; *gereksinimin giderilmesine (ödenecek tazminat miktarına) göre*: meblağ-tutar sigortaları, zarar ve kayıp sigortaları, *rizikonun konusuna göre*: malvarlığı sigortaları, şahıs sigortaları ve *Türk Ticaret Kanunu'na göre*: mal

¹⁷¹ D. Alexander, R.Chesmore, R. Galley, L. Goddard, 1996, s. 7

¹⁷² Kamuran Pekiner, **Sigorta İşletmeciliği**, İstanbul Üniversitesi, Yayın No:2826, İstanbul 1981, s. 23-24

sigortaları, can sigortaları kriterlerine göre yapılan sınıflandırmalar hastalık sigortaları açısından önem taşımaktadır¹⁷³.

Özellikle insan hayatı ile ilgili ve esas itibariyle para ile ölçülemeyen menfaatlere ilişkin rizikolar can sigortaları ile teminat altına alınmaktadır. Bu tür sigortalara *meblağ sigortaları* da denir¹⁷⁴.

Para ile ölçülebilir menfaatlerin sigorta altına alındığı sigorta türü ise daha ziyade *zarar (tazminat)* sigortalardır. Bu tür sigortalar da yine doktrinde iki ana başlık altında; para ile ölçülebilir maddi veya manevi menfaatlerle ilgili olan *mal sigortaları* ve mal niteliğinde olmayan fakat hak ve alacak niteliğinde olan menfaatlerle ilgili olan *mal varlığı sigortaları* olarak incelenmektedir¹⁷⁵.

Yukarıda yapılan bu ayrım çerçevesinde hastalık sigortalarının yerini belirleyebilmek için can sigortaları (meblağ) ile mal (zarar-tazminat) sigortaları arasındaki temel farklılıkları incelemek gerekir.

Bu iki sigorta grubu arasındaki en önemli fark sigorta bedeli bakımından kendisini göstermektedir. Sigorta bedeli bakımından meblağ sigortalarında, sigortacı, sigorta ettirilen kişinin rizikoya maruz kaması durumunda, somut zarar ne olursa olsun, sigorta sözleşmesinde belirlenen tutarı (meblağı) sigortalıya öder. Sigortacının

¹⁷³ H.Akay, 2001, s.15

¹⁷⁴ I. Ulaş, 2002, s. 11

¹⁷⁵ Işıl Ulaş, **Uygulamalı Sigorta Hukuku**, Ankara 1996, s. 6 vd.

ödeyeceği tazminat miktarı sözleşmede götürü olarak belirlenmiştir. Yani sigortacının ödeyeceği tutar, sigorta poliçesinde yazılı olan tutardır, sigorta bedelidir¹⁷⁶. Oysa para ile ölçülebilir somut bir menfaatin teminat altına alındığı mal sigortalarında, sigortacı, risk gerçekleştiğinde sigorta ettirenin uğradığı gerçek zarar ve ziyan miktarını ödemek zorundadır. Mal sigortalarında gerçek zararı tazmin ilkesi mevcuttur, bu nedenle sigortacının sigorta poliçesinde gösterilen sigorta bedelini aynen ödemesi gerekmemektedir. Öte taraftan gerçek zararı tazmin ilkesinin istisnaen can sigortalarında da uygulanabildiği görülmektedir. Bu istisnai tek durum TTK'nın 1337. maddesinde, can sigortalarının bir alt türü olan kaza sigortalarında sigortalının gerçekten sarf ettiği tedavi giderlerinin sigorta şirketlerince karşılanması gerektiği şeklinde hükme bağlanmıştır¹⁷⁷. Sigorta bedelindeki bu farklılıktan ötürü, can sigortalarında, mal sigortalarında tazminat esası nedeniyle uygulanması gerekli olan çifte sigorta, aşkın sigorta, eksik sigorta unsurlarının uygulanması gerekmez¹⁷⁸. Nitekim meblağ sigortalarında amaç belirli bir zararın tazmini değil, belirli bir paranın elde edilmesidir. Bu kapsamda meblağ sigortalarında birden çok (çifte ya da kolektif) sigorta yapılması serbesttir, herhangi bir şarta bağlı değildir¹⁷⁹.

Mal ve can sigortaları arasındaki bir diğer fark da menfaat ilkesi bakımından kendini göstermektedir. Mal sigortalarında ancak sigortalı mal veya mal varlığı üzerinde menfaati bulunan kişilerin bunları sigorta ettirebileceği düzenlenmiştir;

¹⁷⁶ E. Alper Güvel & A. Öndeş Güvel, **Sigortacılık**, Ankara 2002, s. 103 vd.

¹⁷⁷ I. Ulaş, 2002, s. 11

¹⁷⁸ Ali Bozer, **Sigorta Hukuku**, Ankara 1981, s. 224

¹⁷⁹ E. A. Güvel & A. Ö Güvel, age. s.105

can sigortalarında sadece üçüncü kişiler tarafından yaptırılan sigortalarda menfaat şartı aranmış, bunun dışındaki durumlarda menfaat koşulu aranmamıştır¹⁸⁰.

Halefiyet ilkesi bakımındansa, can sigortalarında mal sigortalarından farklı olarak sigortacıya halefiyet hakkı tanınmamıştır. Tazminat esasını içermeyen meblağ sigortası şeklinde kurulan can sigortalarındaki bu durumun tek istisnası kaza sigortalarındaki tedavi giderleridir. Tazminat ilkesinin hakim olduğu diğer durumlarda olduğu gibi kaza sigortalarındaki tedavi giderlerinde sigortacının halefiyet hakkının varlığı normaldir¹⁸¹.

Tüm bu açıklamalardan sonra hem can sigortasının hem de mal sigortasının özelliklerini bünyesinde taşıyan hastalık sigortalarının karma nitelikli bir sigorta sözleşmesi olduğunu söylemek mümkündür. Tedavi giderleri bakımından sigortacı, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortalının yapmış olduğu gerçek masrafları tazmin etmek zorundadır. Yani gerçek zararı tazmin ilkesi söz konusudur. Diğer taraftan, çalışma gücünü etkileyecek nitelikte bir hastalık veya yaralanma durumunda, sigortacı poliçede belirlenen gündelik tazminatları bir meblağ sigortası şeklinde karşılayacaktır¹⁸².

¹⁸⁰ İsmet Sayhan, **Sigorta Sözleşmelerinin Konusu (Aşkın Sigorta-Eksik Sigorta-Sigorta Tazminatının Hesaplanması)**, Ankara 2001, s. 65 vd.

¹⁸¹ I. Ulaş, 2002, s.12

¹⁸² Reşat Atabek, **Sigorta Hukuku**, İstanbul 1950, s. 401.vd; I. Ulaş, age., s. 201

3- SOSYAL SİGORTALAR ile SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMLARI ve ÖZEL SİGORTALARIN (HASTALIK SİGORTALARININ) SOSYAL SİGORTALARLA KARŞILAŞTIRILMASI

Sigorta hukuku, niteliği itibariyle *özel sigorta hukuku* ve *sosyal sigorta hukuku* olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Özel sigorta, münferit şahısların özel menfaatlerinin çeşitli rizikolara karşı teminat altına alınması için serbest iradeleriyle meydana getirdikleri bir riziko teminatıdır. Sosyal sigorta ise, belirli halk gruplarının sosyal güvenliklerinin temini amacıyla kanunla kurulan ve çoğu zaman mecburi nitelikte olan bir sigortadır¹⁸³.

Sosyal sigortalar kavramı ile sosyal güvenlik kavramı çoğu kez birbirine karıştırılan kavramlardır. Ancak esasen bu iki kavram birbirinden farklıdır. *Sosyal güvenlik*, bireylerin ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamayı devlet gözetim ve denetiminde güvence altına almayı amaç edinmiş sosyal hizmetler, sosyal yardımlar ve sigortaların meydana getirdiği sistemler bütünüdür¹⁸⁴. Daha geniş bir çerçevede sosyal güvenlik, toplumu oluşturan insanların yaşamlarını iyi bir şekilde sürdürmesi için; işsizlik, hastalık ve yaşlılık gibi çeşitli ve kabul edilebilir nedenlerle çalışamaz duruma geldiklerinde, insanca yaşanabilir düzeyde asgari geçimlerini tedarik için gerekli maddi desteğin sağlanması; ve yine toplumun tüm fertlerine her türlü sağlık yardımının yapılması, bu yardımların finansmanının karşılanabilmesi ile kamusal

¹⁸³ Rayegan Kender, **Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku I**, 7. Bası, İstanbul 2001, s. 19

¹⁸⁴ M. Altan & İ. Aslanlar, 2001, s. 19

bazda insan kaynakları koordinesinin sağlanabilmesinin yanı sıra, muhtaç vatandaşlar, kimsesiz çocuklar, engelli insanlardan oluşan toplumsal kayıpların yeniden topluma kazandırılması olarak tanımlanabilir¹⁸⁵.

Sosyal güvenlik kavramı, sosyal sigortalar kavramına oranla daha üst bir kavramdır. Sosyal sigorta kuruluşları genellikle fertlerin geleceklerini güvence altına almaktayken, sosyal güvenlik kuruluşları, fertlerin yalnız gelecekleri ile değil, aynı zamanda hali hazır durumlarıyla da ilgilenir. Sosyal güvenlik kavramı içinde, yukarıdaki tanımlardan da anlaşılabilceği gibi sosyal sigortalar yanında huzur evleri, aşıevleri, Kızılay gibi çeşitli yardım kuruluşları da yer alır. Bu bağlamda, özel sigorta kuruluşları da, bir yönüyle sosyal güvenliğin sağlanmasına yardımcı olur. Dolayısıyla, özel sigortalar¹⁸⁶ (hastalık sigortaları) sadece özel hukukun bir disiplini değil, aynı zamanda devletin yürüttüğü sosyal siyasetin de bir aracıdır¹⁸⁷.

Sosyal sigortaların hukuki mahiyeti esasen tartışmalıdır. Bazılarına göre sosyal sigortalar, hukuki açıdan gerçek bir sigorta olarak kabul edilmekteyken; bazıları ise sosyal sigorta ilişkisinin sigorta ile ortak bir yanı bulunmadığı inancındadır. İkinci fikri savunanlara göre, sosyal sigortalar bir kamu hukuku

¹⁸⁵ Baroda Birlik Grubu, **Avukathk Mesleğinde Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik & Sosyal Güvenlik Projelerimiz**, Yayın No:1, s. 13

¹⁸⁶ Bu bölüm içerisinde kullanılan özel sigortalar ifadesi özel sağlık sigortalarını (hastalık sigortalarını) kastetmektedir. Bu nedenle bölüm içerisinde kullanılan özel sigortalar kavramı özel sağlık sigortaları olarak anlaşılmalıdır.

¹⁸⁷ Ali Bozer, **Sigorta Hukuku, Genel Hükümler –Bazı Sigorta Türleri**, BTHAE, İkinci Baskı, Ankara 1986, s. 1

kurumudur ve sosyal siyaset aracıdır. Ancak çoğunlukça, sosyal sigortaların gerçek anlamda bir sigorta olduğunu ileri süren ilk görüş kabul edilmektedir. Bu anlamda, sosyal sigorta, muhtemel bütünlüğü içinde ölçülebilen zararların örgütlenmiş bir çoğunluğa bölünmesini ifade etmektedir¹⁸⁸.

Özel ve sosyal sigortaların ortak unsuru, ileride meydana gelmesi muhtemel zararların etkilerini bir topluluk içine dağıtarak karşılamak ya da en aza indirmektedir. Tüm sigortaların amacı, bir takım riskleri kapsamak ve riskin gerçekleşmesi halinde oluşacak kayıpları dağıtmak yoluyla zararı en aza indirmektedir. Burada önemli olan, tehlikelerin yarattığı ihtiyaçların bireysel olarak karşılanması değil bir topluluk, bir birlik içinde karşılanmasıdır. Ancak bununla birlikte, özel sigortalar ile sosyal sigortalar arasında önemli farklılıklar da vardır¹⁸⁹.

İlk olarak özel sigortalar kendi kendine yardım fikrine dayanmaktadır. Amacı özel çıkarların korunmasıdır. Sosyal sigortanın amacı ise genel çıkarların korunmasıdır¹⁹⁰. Sosyal sigortalar, belirli bir geçim düzeyine erişmek veya çalışma imkanı olmayan hallerde yeterli derecede güvence sağlamak amacıyla kurulmuştur. Bu nedenle sosyal sigortaların rizikoları; ihtiyarlık, ölüm, maluliyet, analık, iş kazaları gibi insan hayatını ilgilendiren olaylardır. Özel sigortalar ise hastalık sigortalarında olduğu gibi insan hayatını ilgilendiren olayların yanında kişinin mal

¹⁸⁸ Kenan Tunçomağ , “Sosyal Sigortalar Kavramı ve Özellikleri”, **Reasürör Dergisi**, Ocak 1997, S. 23, s. 7 vd.

¹⁸⁹ K. Tunçomağ, agm., s. 8; A. Bozer, 1986, s. 2

¹⁹⁰ E. A. Güvel & A. Ö Güvel, 2002, s. 27

varlığını da güvence altına alır. Bununla birlikte sosyal sigortaların teminat altına aldığı risklerin gerçekleşme ihtimalini aktüeryal hesaplara göre tayin etmek, özel sigortaların teminat altına aldığı risklerin gerçekleşme ihtimalini hesaplamaktan çok daha güçtür¹⁹¹.

Sosyal sigortalar, esas itibarıyla kamu hukuku zorunlu sigortasıdır. Kişiler, bu sigortalara tâbi olup olmama serbestisine sahip değildirler ve kanuna göre işe alınmalarıyla birlikte kendiliklerinden sigortalı olurlar¹⁹². Bu tür sigortada sigortalı ne sigortacıyı seçme ne de sigorta sözleşmesinin içeriğini saptama hususunda serbestiye sahip bulunmaktadır. Sigortalı, kanunda gösterilmiş olan sigortacıyla karşı karşıya kalmakta ve sigorta şartlarını da kanun belirlemektedir. Öte taraftan özel sigortalarda sigorta ettiren, tam bir irade serbestisine sahip bulunmaktadır. Sigortalı, sözleşmeyi yapıp yapmama, içeriğini belirleme ve istediği sigortacıyı seçme konularında serbesttir¹⁹³. Gerçi özel sigortalar arasında da mecburi sigortalar vardır¹⁹⁴. Ancak, özel sigortalar arasındaki mecburi sigortaları zorunlu sosyal

¹⁹¹ A. Bozer, 1986, s. 4

¹⁹² K. Tunçomağ, 1997, s. 7

¹⁹³ A. Bozer, age., s. 3

¹⁹⁴ Zorunluluk unsuru, sosyal sigortaları özel sigortalardan ayıran tipik bir görünüş biçimidir. Fakat zorunlu olmayan sosyal sigortaların yanı sıra, zorunlu olan özel sigortalara da rastlamak mümkündür. S.S. Kanunu'nun 85. maddesindeki “*isteğe bağlı sigorta*” zorunlu olmayan sosyal sigortalara; “*mecburi trafik sigortası, Türk Sivil Havacılık Kanunu'nda düzenlenen mecburi mali mesuliyet sigortaları, tüpgaz mecburi sorumluluk sigortası*” zarar sigortası şeklindeki mecburi sigortalara ve “*otobüs zorunlu koltuk ferdi kaza sigortası, okul servis araçları ferdi kaza sigortası*”

sigortalardan ayıran iki önemli nokta vardır. Bunlardan ilki sağlanan menfaatin ferdi nitelikli olması, ikincisi ise sigorta ilişkisinin yasal bir zorunluluktan doğmasıdır¹⁹⁵. Özel sigortalardaki mecburi sigortalarda, sağlanan güvenlik sosyal sigortalardaki gibi kolektif değil ferdidir. Ayrıca özel sigortalardaki sigorta ilişkisinin zorunluluğu, sosyal sigortalarda olduğu gibi kanunla değil de, sigorta şirketinin kanuni bir mecburiyet nedeniyle bir sigorta sözleşmesini imzalaması sonucu meydana gelir¹⁹⁶.

Öte yandan özel sigortalar herkese açıktır. Sosyal sigortalar ise belirli meslek gruplarıyla ve ekonomik açıdan zayıf olanlarla sınırlıdır¹⁹⁷. Sosyal sigortalardan yararlanabilmek için kanunun öngördüğü şartlarda işçi, memur gibi belli bir statüyü kazanmış olmak gerekir. Nitekim sosyal sigortaların kaynağını kanun teşkil eder ve sigorta ilişkisinin şartları kanunda belirtilir. Buna karşılık, özel sigortalar sözleşmeden doğar ve sözleşme şartlarını haiz dileyen herkes istediği sigorta şirketinden bu hizmeti satın alabilir¹⁹⁸.

Son olarak sosyal sigortalarla özel sigortalar arasında, prim oranları ve mali rejimler bakımından da bazı farklılıklar bulunmaktadır. Prim oranları özel

ise meblağ sigortası şeklindeki mecburi sigortalara örnek gösterilebilir. Bu konu hakkında detaylı bilgi için bkz. K. Tunçomağ, 1997

¹⁹⁵ K. Tunçomağ, agm., s. 10

¹⁹⁶ Merih Kemal Omağ, “*Türk Hukukunda Mecburi Sigortalara ve Sorunlarına Genel Bir Bakış*”- **Zorunlu Sigortalar Paneli** (Sigorta Hukuku Türk Derneği) İstanbul 1993, s. 17-21

¹⁹⁷ E. A. Güvel & A. Ö Güvel, 2002, s. 27

¹⁹⁸ A. Bozer, 1986, s. 3

sigortalarda tehlike derecesine göre belirlenirken, sosyal sigortalarda sigortalının mesleğine göre belirlenir¹⁹⁹. Sosyal sigortalarda alınan primlerle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki yoktur. Yani prim miktarı sağlanan yardıma göre değil, sigortalının mesleğine göre belirlenir. Sosyal sigortaların amacı riskle karşılaşana asgari bir gelir garantisi temin etmektir. Bunun seviyesi izlenen sosyal politikayla belirlenir. Özel sigortalarda istatistik veriler ve aktüeryal dengelere sıkı bir bağlılık söz konusu iken, sosyal sigortalarda bu veriler ikinci planda tutulur. Çünkü sosyal sigortalarda, izlenen sosyo-ekonomik politikalar gereği, prim ve sigortadan yararlananlar kapsamı sık sık değişiklik gösterip, yeni bir sistem eskisi ile değiştirilebilir²⁰⁰. Sosyal sigortaların finansmanı, esas itibarıyla sigortalıların ve işverenlerin ödedikleri primlere dayanır. Bazı ülkelerde devletin sosyal sigortalara gerektiğinde yardım etmesi esası da benimsenmiştir²⁰¹. Sosyal sigortaların gelir ve giderleri arasındaki dengenin sağlanmasında başlıca iki tür finansman yöntemi kullanılır. Bunlardan biri belli bir dönemde tahsil edilen primlerin gene belli bir dönemde dağıtılması temeline dayanan *dağıtım yöntemi*, diğeri de belli bir dönemde tahsil edilen primlerin o dönemde dağıtılması yerine, beklenerek risklerin ileride doğuracağı ödemeleri karşılayabilmek için bir ortak fon meydana getirilmesi temeline dayanan *kapitalizasyon* yöntemidir. Uygulamada bu iki yöntemden biri

¹⁹⁹ E. A. Güvel & A. Ö Güvel, 2002, s. 27

²⁰⁰ Müjdat Şakar, “Sosyal Güvenlikte Çözüm Özelleştirme Değil Özerkleştirmedir”, **İşveren Dergisi**, Sayı 11, Ağustos 1992, s. 11

²⁰¹ K. Tunçomağ, 1997, s. 10

kullanılabileceği gibi, her ikisi de bir arada kullanılabilir²⁰². Öte taraftan özel sigortalarda finansman yöntemleri ve fonların işletilmesi bakımından sosyal sigortalara benzer ilkeler gözetilse de, sosyal sigortalardan farklı olarak özel sigorta şirketlerinin finansman kaynağı yalnızca sigortalılardan sağlanan primlerdir.

Yukarıda açıklamaya çalıştığımız bu farklılıklar kısaca aşağıdaki tablo ile şu şekilde özetlenebilir²⁰³.

Tablo 11: Özel Sigortalar (Hastalık Sigortaları) ve Sosyal Sigortalar Arasındaki Farklar

ÖZEL SİGORTA	SOSYAL SİGORTA
*Özel çıkara dayanır.	*Genel çıkara dayanır
*İsteğe bağlıdır	*Zorunludur
*Herkesi açıktır	*Sadece belirli bir guruba açıktır
*Serbest sözleşmeye dayanır	*Yasalara dayanır
*Prim oranları ve mali rejimleri sosyal sigortalardan farklıdır	*Prim oranları ve mali rejimleri özel sigortalardan farklıdır

4-TÜRKİYE'DEKİ SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ VE HASTALIK SİGORTALARIN SİSTEM İÇİNDEKİ YERİ

Sanayileşmeyle birlikte hastalıkların ve iş kazalarının daha fazla miktarda gerçekleşmesi, beraberinde sağlık sigortasına olan talebi de arttırmıştır. Ülkemizde sağlık sigortacılığı sınırlı olarak özel sigorta şirketlerince ve geniş kapsamda Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur gibi kuruluşlar başta olmak üzere sosyal güvenlik kuruluşlarınca karşılanmaktadır. Özel sağlık sigortası yapan şirketler, sağlık

²⁰² J. Henry Richardson, **İktisadi ve Mali Yönüyle Sosyal Güvenlik**, (Çeviren: Turan Yazgan) İstanbul 1970, s. 63

²⁰³ E. A. Güvel & A. Ö Güvel, 2002, s. 27

hizmetlerinin karşılanmasında oldukça büyük payı olan sosyal sigortalara bazen destek bazen de rakip olmaktadır²⁰⁴.

Ülkemizdeki mevcut sosyal güvenlik sistemi, daha önce birinci bölümde de²⁰⁵ incelediğimiz gibi iki programdan oluşmaktadır. Birinci program, 'kimsesiz muhtaç yaşlılar, malûl, dul, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara genel bütçeden ayrılan payla yapılan yardım ve hizmetlerden oluşmaktadır. Bu programın sosyal güvenlik sistemi içindeki payı %2'dir. İkincisi ise, sosyal güvenlik sistemimizin esasını oluşturan primli programdır²⁰⁶. Bu program içinde ülkemizdeki asgari sosyal güvenliği sağlayan başlıca sosyal sigorta kuruluşları olan Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur yer almaktadır²⁰⁷. Sosyal güvenlik sistemimizin temelini oluşturan Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur' a ilişkin temel göstergeler aşağıdaki tabloda görülmektedir.

²⁰⁴ E. Karpuzoğlu, 1994, s.15

²⁰⁵ Bkz. Birinci Bölüm, "Türkiye'de Hastalık Sigortalarının Gelişimi", s. 14

²⁰⁶ M. Altan & İ. Aslanlar, 2001, S.42, s.25

²⁰⁷ Yaşar Karayalçın, **Risk-Sigorta, Sigorta Risk Yönetimi, Özel Sigorta Hukukuna Giriş**, Ankara 1984, s. 36

Tablo 12: Sosyal Güvenlik Kurumlarına İlişkin Temel Göstergeler						
Kurumlar	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SSK						
Aktif Sigortalı	4.410.000	4.625.000	5.067.000	5.558.582	5.832.215	6.100.00
Aylık Alan	2.270.000	2.540.000	2.728.000	2.930.752	3.148.826	3.265.983
Gelir/Gider Farkı (milyar TL)	-	(69.739)	(447.700)	(451.000)	(1.105.000)	(400.000)
Devlet Yardımı (milyar TL)	-	69.739	447.700	451.000	1.105.000	400.000
T.C. Emekli Sandığı						
Aktif Sigortalı	1.880.000	1.880.000	1.990.000	2.071.867	2.118.085	2.141.867
Aylık Alan	1.870.000	1.975.000	2.067.000	1.172.741	1.239.314	1.268.162
Gelir/Gider Farkı (milyar TL)	(4.819)	(39.478)	(108.230)	(698.000)	(1.529.000)	(2.820.000)
Devlet Yardımı (milyar TL)	4.819	39.478	108.230	698.000	1.529.000	2.820.000
Bağ-Kur						
Aktif Sigortalı	1.870.000	1.855.000	2.000.000	2.908.499	3.064.619	3.079.607
Aylık Alan	690.000	802.000	877.000	1.104.615	1.179.817	1.240.476
Gelir/Gider Farkı (milyar TL)	(12.733)	(5.574)	(54.507)	(435.000)	(610.000)	(1.150.000)
Devlet Yardımı (milyar TL)	8.000	70.100	122.725	435.000	610.000	1.150.000
Toplam						
Aktif Sigortalı	8.160.000	8.360.000	9.057.000	10.538.948	11.014.919	11.321.474
Aylık Alan	4.830.000	5.317.000	5.672.000	5.208.108	5.567.957	5.771.621
Gelir/Gider Farkı (milyar TL)	(17.552)	(114.791)	(640.437)	(1.584.000)	(3.244.000)	4.370.000
Devlet Yardımı (milyar TL)	12.819	179.317	678.655	1.584.000	3.244.000	4.370.000

Kaynak: SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı Çekme Raporları, Türkiye Ekonomisi 2001, İSO, Yayın

No:2001/5, s.60; 2000 Yılı Ekonomik Rapor, T.C. Maliye Bakanlığı, s. 72

Emekli Sandığı: 1949 yılında, kamu görevlilerinin sosyal güvenliğinin sağlanması için kurulan Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı'na bağlıdır²⁰⁸. 2000 yılı itibariyle 2.141.867 (tablo 12) aktif sigortalıyı bünyesinde barındıran Emekli Sandığı, iştirakçilerine ve onların yakınlarına sadece malûllük, vazife malûllüğü, yaşlılık ve ölüm hallerinde aylık bağlamakta ve sağlık yardımı yapmaktadır. Buna karşılık hastalık, analık halleriyle, aile ölüm ve doğum yardımları 657 sayılı Devlet Memurları Kanununca bağlı bulunan kamu kuruluşlarınca ve parasız sağlanmaktadır²⁰⁹. İştirakçilerin kurumdan talep ettiği sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığında, üniversitelerden ve gerektiği hallerde özel kuruluşlardan satın almak suretiyle karşılanmakta, muayene giderleri ile ilaç bedelleri finanse edilmektedir²¹⁰. İlaç bedellerinde reçete tutarı üzerinden %10'luk bir katkı payı alınmaktadır.

5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile kurulan kurumun en önemli gelir kaynağı primlerdir. Primler, iştirakçilerin maaşlarından kesilen kesenekler ve kurum karşılıklarından oluşmaktadır. Sandık gelirlerinin işletilmesinden elde edilen her çeşit kârlar ile bağışlar da kurumun diğer gelir kaynaklarını oluşturmaktadır²¹¹.

²⁰⁸ İ. Çelikoğlu; **Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması**; DPT Uzmanlık Tezi; Yayın No:DPT 2055-YUSPKGM, Ankara, s. 101

²⁰⁹ Kenan Tunçomağ, **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar**, İstanbul 1988, s. 71

²¹⁰ İ. Baran, **Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Yönetim Yapıları ve Sağlık Hizmetleri**; TODAİ Kamu Yönetimi Lisans Üstü Uzmanlık Programı Tezi, Ankara 1998, s. 125

²¹¹ D. Tiryaki, 1998, s. 27

Sosyal Sigortalar Kurumu: Kamu kesimi ile özel sektörde çalışanların iş kazası ve meslek hastalığı, genel olarak hastalık (kendisi, eşi ve çocukları), malûllük, yaşlılık, ölüm, hastalık ve analık rizikolarının ekonomik sonuçlarını, kanunda yazılı esaslar ve limitler içinde, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu üzerine almıştır²¹². 1946 yılında kurulan SSK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlıdır. Aktif sigortalı sayısı 6.100.000 (tablo 12)'i bulan SSK, Türkiye'nin en büyük sosyal sigorta kurumu olma özelliğini taşımaktadır. Kurumun en önemli gelirini oluşturan primler, sigortalılar ve işverenlerden alınmaktadır²¹³. SSK, Türkiye'deki sosyal sigorta kurumları içinde iştirakçilerine sağlık hizmetlerini kendi sağlık kuruluşlarında doğrudan verebilen tek kurumdur²¹⁴. Ancak son yıllarda kurum hastanelerinde yaşanan sorunlar nedeniyle, bakanlıklar arası yapılan protokoller sayesinde, SSK hastalarının diğer devlet hastanelerinden yararlanabilmelerine olanak sağlanmıştır.

Bağ-Kur (Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu): 1971 yılında 1479 sayılı Kanunla kurulan Bağ-Kur esnaf, sanatkar ve diğer bağımsız çalışanların sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur.²¹⁵ 2000 yılı itibariyle aktif sigortalı sayısı 3.079.607 (tablo 12)'yi bulan kurum, herhangi bir işverene bağlı olmaksızın kendi adına çalışan esnaf ve sanatkar ile diğer bağımsız çalışanları sosyal güvence kapsamına almaktadır. Bağ-Kur,

²¹² Y. Karayalçın, 1984, s. 38

²¹³ İ. Çelikoğlu, 1994, s. 104-110

²¹⁴ İ. Baran, 1988, s. 125

²¹⁵ K. Tunçomağ, 1988, s. 57

üyelerine hastalık, iş kazaları ve meslek hastalıkları, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası kollarında hizmet vermektedir. SSK ve Emekli Sandığı gibi, Bağ-Kur 'un da en önemli gelir kaynağı primlerdir. Bunun yanında, fonların işletilmesinden elde edilen gelirler, bağışlar ile diğer gelirler ve gerekli hallerde genel bütçeden yapılan yardımlar kurumun diğer gelir kaynaklarını oluşturmaktadır²¹⁶. Bağ-Kur da Emekli Sandığı gibi üyelerinin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini devletten ve özel sektörden satın almak yoluyla temin etmektedir²¹⁷.

Bu temel sosyal sigorta kuruluşları yanında, Sosyal Sigortalar Kanunu'nun geçici 20. maddesi uyarınca kurulmuş banka, sigorta şirketleri, ticaret ve sanayi odaları çalışanlarının sosyal güvenliğini sağlayan sandıklar da sisteme dahil edilebilmektedir²¹⁸. Bunlara ilişkin olarak, 1961 yılında 205 sayılı Kanunla kurulan ve üyelerine emeklilik, malullük, ölüm hallerinde-T.C. Emekli Sandığı ödemelerine ek olarak- ödeme yapan Ordu Yardımlaşma Kurumu örnek gösterilebilir²¹⁹.

Buraya kadar ele aldığımız konular çerçevesinde, dünyada uygulanmakta olan sosyal güvenlik sistemlerine bakıldığında, bazı ülkelerde (örneğin İsveç) sosyal güvenliğin sadece devlet tarafından, bazı ülkelerde (örneğin ABD) tamamen şahıslar tarafından, bazı ülkelerde ise (örneğin Almanya) hem devlet hem de şahıslar

²¹⁶ İ. Çelikoğlu, 1994, s. 111

²¹⁷ İ. Baran, 1988, s. 125

²¹⁸ M. Altan & İ. Aslanlar, 2001, s. 25

²¹⁹ Y. Karayalçın, 1986, s. 39

tarafından finanse edildiği görülmektedir²²⁰. Türkiye de bu üçüncü grup içinde yer almaktadır. Ancak ülkemizde bugün sosyal güvenlik kurumlarınca sunulan hizmetler ihtiyacı karşılayamamaktadır. Bugün Türk Sosyal Sigorta sistemini oluşturan üç temel kurum, finansman sorunları başta olmak üzere birçok nedenden dolayı önemli bir kaynak sıkıntısı ile karşı karşıyadır. Bu kurumlar, iştirakçilerinin ihtiyaçlarına cevap verememekte ve özellikle sağlık hizmetleri açısından önemli sıkıntılar yaşamaktadır. Bu durumun;

*Devletin sosyal güvenlik kurumlarının finansmanına katılmayışı, ancak sosyal güvenlik fonlarını ucuz bir finansman kaynağı olarak kullanması,

*Primlerin toplanamayışı,

*Sosyal güvenlik kurumları üzerindeki politik baskılar,

*Sosyal güvenlik kurumlarının fonlarının devletçe sosyal amaçlı yatırımlar yerine iktisadi amaçlı yatırımlara yönlendirilmesi,

*Üç kurumun da devlete bağlı ancak birbirinden bağımsız işleyişi nedeniyle uygulamanın tek çatı altında birleştirilememesi....., gibi çok çeşitli nedenleri mevcuttur²²¹.

Sosyal güvenlik kuruluşlarımızın, politik ve sosyal nedenlerden ötürü, yapısal ve fonksiyonel anlamda yoğun bir tahribat yaşadığı doğru bir biçimde tesbit edilmiş ancak sağlıklı çözümler üretilenmemiştir. Bu kapsamda HIC²²² ve ILO²²³ “Sağlık

²²⁰ Bkz.Birinci Bölüm “Hastalık Sigortalarının ABD ve AB Ülkelerindeki Uygulanışı”, s. 21

²²¹ D. Tiryaki, 1998, s. 28

²²² Avustralya Hükümeti Sağlık Sigortası Komisyonu

Finansmanı Politika Seçenekleri” ve “Sosyal Güvenlik Politika Seçenekleri” çalışmalarıyla mevcut sorunların çözülmesi için reform projeleri hazırlamışlardır. Bu çalışmalarda temel olarak; sağlık sigortası fonunun emekli maaşı fonundan ayrılması, tek sağlık sigortası otoritesinin oluşturulması ve özel sigortalara tamamlayıcı hizmet sunma olanağı sağlanması gerektiği ileri sürülmüş ve ülke nüfusunun tamamına hizmet götürebilecek genel sağlık sigortası uygulanmasına geçiş tavsiye edilmiştir²²⁴. Bu çerçevede geçmiş yıllardan beri, farklı norm ve standartlarda sağlık yardımı sunan sosyal sigorta sistemlerinin bütünleştirilerek tek çatı altında toplanması, eşit norm ve standartlarda ülke nüfusunun tamamına sağlık sigortası sunacak Genel Sağlık Sigortası sisteminin hayata geçirilmesi tartışılmaktadır²²⁵. Çözüm olarak ileri sürülen Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun amacı; “Türkiye’de sürekli ikamet eden kişilere, Temel Teminat Paketi ile belirlenen sağlık yardım ve hizmetlerinin sunulmasını sağlamak üzere, Genel Sağlık Sigortası Sistemini oluşturmak ve bu amaçla Sağlık Sigortası Kurumunu kurmaktır”, şeklinde kaleme alınmıştır²²⁶.

İleri sürülen çözüm yöntemleri ne olursa olsun, sosyal güvenlik sistemimizin finansman sorunlarına kısa sürede çözüm getirebilecek ve sosyal güvenlik kuruluşlarımızın bütçeye olan yükünü kısa vadede hafifletecek hatta bütçeye katkı sağlayacak daha acil çözümlere ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın sonuç

²²³ Uluslararası Çalışma Örgütü

²²⁴ M. Altan & İ. Aslanlar, 2001, s. 29

²²⁵ Celal Tozan, “Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Yasa Taslakları ve SSK’nın Gelecekteki Muhtemel Durumu”, **İşveren-Tisk**, C. 42, S. 4, Ocak 2004, s. 15

²²⁶ GSS Kanunu Tasarısı md. 1

bölümünde, genel bir değerlendirme ile hastalık sigortaları açısından sosyal güvenlik sisteminin sorunlarının aşılmasına yönelik bir çözüm yolu ortaya koyulmaya çalışılacaktır.

Özel sigortalarda sigorta şirketleri açısından temel amaç kâr elde etmektir. Ancak özellikle hastalık sigortalarının, aniden ortaya çıkabilecek ve gelir kaybına ya da gider artışına neden olabilecek olayların etkisine karşı güvence içermesi sebebiyle, ticari yönü yanında bir de sosyal güvenlik boyutu bulunmaktadır. Bu durum, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı da dikkate alınarak, sosyal güvenlik sistemimizin ıslahında özel sigortacılığın geliştirilmesi hedef olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, sosyal güvenlik kurumlarınca sunulmakta olan hizmetlerin, yukarıda genel hatlarıyla belirlemeye çalıştığımız nedenlerden ötürü, ihtiyacı karşılayamaması karşısında yakın geçmişten itibaren özel sigortalar tarafından verilmekte olan “hastalık sigortaları”na yönelme eğilimi söz konusu olmaktadır²²⁷.

Son yıllarda, tüm dünyada sosyal güvenlik sistemleri içinde özel sigortacılık ilkelerine ve programlarına, bu arada hastalık sigortalarına da büyük önem verilmektedir. Hastalık sigortaları bugün için sosyal güvenlik sistemimizin bir tamamlayıcısı konumundadır. Hastalık sigortaları, özel sigorta piyasasında alınıp satılan bir hizmet olduğundan, devletin bu konu ile ilgili rolü, özendirme ve yönlendirme çabası ile sınırlıdır. Sosyal güvenliği sağlamanın bir amaç, sosyal sigortanın ise bu amacı sağlamada bir araç olduğu düşünüldüğünde, nihai amaca

²²⁷ İ.Taşbaşı, 1995, s. 79

ulaşabilmek ve özellikle sosyal güvenlikte etkinliği sağlayabilmek için özel sigortalardan yararlanmak isabetli ve mantıklıdır. Ancak model, hiçbir biçimde ve zamanda kamu kuruluşu niteliği taşıyan sosyal güvenlik kurumlarının yerine özel sigortaların ikame edilmesi şekline d n řmemelidir²²⁸. Özel sigorta yalnızca sistemin bir tamamlayıcısı olarak düşünülmeli ve teşvik edilmeli, sigortacılar da yükümlülüklerinin bilincinde olarak bu bilincin gereğini yerine getirmelidir. Aksi bir uygulama yalnızca birey açısından değil, toplum açısından da sakıncalar doğuracak ve uzun dönemde toplumun da sosyal dengesini tehdit edecektir²²⁹.

²²⁸ A.N. Yücel, 1995, s. 18

²²⁹ A.N. Yücel, agm., s. 20

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTALIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİ

1- SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN HUKUKİ NİTELİĞİ

Sigorta sözleşmesi, sigortacının prim karşılığında sigorta ettirene ait risk ya da riskleri taşımayı ve risk gerçekleştiğinde sigorta tazminatı/sigorta bedeli ödeme taahhüdünde bulunduğu bir sözleşmedir²³⁰.

Sigorta sözleşmesinin hukuki niteliğinin belirlenmesinde sigorta ettirenin ediminden çok, sigortacının ediminin ne olduğu üzerinde durulmaktadır. Nitekim sigorta ettirenin edimi, kararlaştırılan primi ödemektir. Buna karşılık sigortacının ediminin sınırlarının belirlenmesi tartışmaya yol açmakta ve bunun neticesinde de sigorta sözleşmesinin tam iki taraflı (sinallagmatik) bir sözleşme olup olmadığı sorunu ortaya çıkmaktadır²³¹.

Her iki tarafın borç altına girdiği bazı iki taraflı akitlerde tarafların her birinin borcu diğer tarafın borcunun karşılığını teşkil eder. Bir edim değişiminin söz konusu olduğu bu akitlere “tam iki taraflı akitler” ya da “sinallagmatik” akitler denir. Bazı iki taraflı akitlerde ise bir taraf her zaman borç altına girerken, diğer taraf ancak bazı

²³⁰ Huriye Kubilay, **Uygulamalı Özel Sigorta Hukuku**, İzmir 1999, s. 27

²³¹ Zehra Şeker, “*Sigorta Sözleşmesinin Hukuki Niteliği Üzerine*”, **Prof. Dr. Kemal Oğuzman’ın Anısına Armağan**, İstanbul 2000, s. 1043

şartların gerçekleşmesi halinde borç altına girer. Bu tip akitlere de “eksik iki taraflı akitler” denir²³².

TTK. sigorta mukavelesini ve sigortacının edimini şu şekilde tanımlamıştır. *“Sigorta bir akittir ki bununla sigortacı bir prim karşılığında diğer bir kimsenin para ile ölçülebilir menfaatini halele uğratan bir tehlikenin (rizikonun) meydana gelmesi halinde tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin hayat müddetleri sebebiyle veya hayatlarında meydana gelen belli birtakım hadiseler dolayısıyla bir para ödemeyi veya sair edalarda bulunmayı üzerine alır”*²³³. Bu hükme göre sigortacının edimi, rizikonun gerçekleşmesiyle birlikte karalaştırılan tazminat ya da belirlenen miktarı ödemektir²³⁴.

Bir an için bir tarafın kesin olarak borç altına girmesine karşılık diğer tarafın borcunun doğumunun olayların gelişimine, belli ihtimallerin oluşmasına bağlı olarak ortaya çıkması, sigorta sözleşmesinin de eksik iki tarafa borç yükleyen bir sözleşme olduğunu düşündürebilir. Halbuki sigorta sözleşmesinde, sözleşmenin kurulması ile başlangıçta kesin olarak borç altına giren sigorta ettirenin prim ödeme borcu, sigortacının, olayların gelişimine-tehlikenin gerçekleşme olasılığına bağlı bulunan himaye borcunun karşılığını teşkil etmektedir. Bu saptamadan sonra, sigorta

²³² Kemal Oğuzman/ Turgut Öz, **Borçlar Hukuku**, İstanbul 1998, s. 43-44

²³³ Bkz. TTK. Md. 1263

²³⁴ Z. Şeker, 2000, s. 1044

sözleşmesinin kendisine has özelliği de dikkate alınarak “sinallagmatik sözleşme” niteliğine sahip olduğu söylenebilir²³⁵.

Özel sağlık sigortası öncelikle bir özel hukuk sözleşmesidir. Sözleşmenin tarafları tüzel ya da gerçek özel hukuk kişileridir. Bu nedenle ağırlıklı olarak özel hukuk kurallarına ve prensiplerine tabidir. Borçlar Kanunu genel olarak sözleşmelerin ilkelerini ve kurucu unsurlarını belirtirken, sigorta sözleşmesi özel olarak Türk Ticaret Kanunu’nda yer almıştır. Bu kanunun birinci faslı (madde 1263-1268) sigorta sözleşmesinin genel hükümlerini içerirken, üçüncü faslı da özel olarak can sigortalarına (madde1321-1338) ayrılmıştır. Sağlık sigortası da bir tür can sigortası olarak burada belirtilen hükümlere tabidir²³⁶.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde taraflar gönüllü olarak sözleşme yaparlar. Sigorta sözleşmesinin içeriği taraflar arasında serbestçe belirlenir. Sigortalı dilediği sigorta şirketiyle, içeriğini serbestçe kararlaştırdığı bir sağlık sigortası yaptırabileceği gibi sigortacı da kendisine gelen müşterileri seçebilme hakkına sahiptir. Bu durum Borçlar Kanunumuzun 19. maddesinde düzenlenen sözleşme serbestisine dayanmaktadır. Kural olarak bir kişi, dilediği kimse ile dilediği akdi yapmakta serbest olduğu gibi istemediği bir akdi yapmaya da mecbur değildir. Bu serbestiyi,

²³⁵ R. Kender, 2001, s. 115-116; Z. Şeker, 2000, s. 1050

²³⁶ Dr. Erkin Göçmen, “Özel Sağlık Sigortalarının Hukuki Boyutları (I)”, S. 176, 03.05.2004, <http://www.turkiye-klinikleri.com>

akit yapıp yapmama ve akdin tarafını seçme serbestisi olarak ikiye ayırmak da mümkündür²³⁷.

Aynı şekilde sözleşmenin tarafları için, akdin konusunu belirleme bakımından da bir serbesti söz konusudur. Bu durum BK'da “bir akdin mevzuu, kanunun gösterdiği sınır dairesinde serbestçe tayin olunabilir” şeklinde ifade edilmiştir²³⁸. Ancak elbette sözleşme serbestisi ilkesinin bazı sınırlamaları da bulunmaktadır. Buna göre, sözleşmeler emredici hukuk kurallarına, kamu düzenine, kişilik haklarına ve ahlâka aykırı olmamalıdır. Ayrıca sözleşmenin konusu da mümkün olmalıdır²³⁹. Akdin konusunu tayin serbestisinin sınırları BK. md.19/f.2'de genel olarak belirtilmiş ve bu sınırlara aykırılık halinde akdin batıl (hükümsüz) olacağı da BK. md.20/f.1'de ifade edilmiştir²⁴⁰.

Bununla birlikte sigorta sözleşmelerinin konu unsuru açısından, genel ve özel şartlar da büyük önem taşımaktadır. Sağlık sigortacılığının tabî olduğu genel şartlar yukarda da söz ettiğimiz gibi hastalık sigortası genel şartlarıdır. Bu şartlar yasanın emredici hükümlerine aykırı olmamak koşuluyla ayrı ayrı her sigorta dalı için düzenlenen ve Hazine Müsteşarlığı'na onaylanan, poliçe ekinde sigortalıya verilen; ilgili poliçe ile güvence altına alınan halleri, kesinlikle güvence altına alınamayan halleri, isteğe bağlı olarak güvence altına alınabilecek veya kapsam dışında

²³⁷ K. Oğuzman/ T. Öz, 1998, s. 19

²³⁸ Bkz. BK. Md. 19/f.1

²³⁹ E. Göçmen, <http://www.turkiye-klinikleri.com>

²⁴⁰ Oğuzman/Öz, 1998, s. 71

tutulabilecek halleri, sigortalının ve sigortacının sorumluluklarını, haklarını ve hasar halinde takip edilebilecek süreç gibi konuları düzenleyen anlaşma maddeleridir. Özel koşullarsa, genel mevzuata aykırı olmayacak şekilde, genel şartların kapsamını daraltan ya da genişleten düzenlemelerden ibarettir²⁴¹.

2-HASTALIK SİGORTASI AKDİNİN İN'İKADI ve HİMAYENİN BAŞLAMASI

A) Hastalık Sigortası Akdinin İn'ikadı ve Himayenin Başlaması

Sigorta sözleşmesi BK.'daki esaslar çerçevesinde icap ve kabul ile in'ikad eder²⁴². Sözleşme kanunda hiçbir şekle tâbi tutulmamıştır. BK.'nın 1. ve 11. maddeleri gereğince sigortacı ile sigorta ettirenin karşılıklı ve birbirlerine uygun irade beyanları sözleşmenin kurulması için yeterlidir²⁴³. Ancak mukavelenin isbatı için yazılı delil gereklidir. Sözleşmenin kurulmasından sonra sigortacı tarafından düzenlenen ve TTK. md. 1265 hükmü gereğince sigorta ettirene verilen, *sigorta poliçesi veya geçici ilmi haber* sigorta sözleşmesinin geçerlilik şartı olmayıp, usul hükümleri gereğince birer kanıt belgesi niteliği taşımaktadır. Nitekim Yargıtay kararları da bu hususu teyid etmektedir. *TD, 28.11.1964 gün ve E.1963/5813, K.1964/3974 sayılı karar, Özel Daire 12.9.1979 gün ve 1979/3582-3825 sayılı karar, 11. H.D. 26.1.1982 gün ve E.74, K.1125 sayılı karar* bu noktada, sigorta

²⁴¹ E. A. Güvel; A. Ö. Güvel, 2002, s. 82

²⁴² Bu konuda geniş bilgi için bkz. Oğuzman / Öz, Borçlar Hukuku, İstanbul 1998, Akitler, Akdin Kurulması, s. 46-70

²⁴³ I. Ulaş, 2002, s. 16

sözleşmesinin in'ikadının özel bir şekle bağlı olmadığını ve sigorta poliçesi veya geçici ilmühaberin geçerlilik şartı olamayıp isbat belgesi niteliği taşıdığını ifade etmektedir²⁴⁴.

Sigortacılıkta genel olarak sigorta ettiren icapta bulunur. İcap da kanunda herhangi bir şekle tabi tutulmamıştır. Ancak uygulamada çoğu kez şirket tarafından sigorta ettirene bir teklifname verilerek bunun doldurulması istenir. Sigortacının kabul beyanı da poliçeyi imzalayıp vermek suretiyle gerçekleşmiş olur. Aynı şekilde sigortacının primi tahsil etmiş olması da kabul anlamına gelir²⁴⁵. Sigorta ettirenin veya sigortacının icabı ile bağlı oldukları süre genel hükümlere tabidir²⁴⁶. Bu hususta 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu'nun KHK/539 ile (R.G. 22.6.1994-21968) muaddel 28. maddesinin 6. fıkrasında, hayat sigortası sözleşmelerinin inikadına ait bir hüküm yer almaktadır. Buna göre: *“Hayat sigortalarına ilişkin sözleşmelerin yapılmasına dair teklifnamenin sigorta şirketine ulaştığı tarihten itibaren 30 gün içinde sigorta şirketi tarafından reddedilmemesi halinde sigorta sözleşmesi yapılmış olur.”* Ancak böyle bir düzenlemenin denetim kanununda yer alması uygun değildir. Zira hükmün muhtevası sigorta ettiren aleyhinedir, sigortacı, teklifi alınca, isterse sigorta ettireni 30 gün bekletebilecektir. Denetim kanunun esas amacı sigortalıların korunması olduğuna göre, hüküm kanunun amacına da aykırıdır²⁴⁷.

²⁴⁴ R. Kender, 2001, s. 116; I. Ulaş, 2002, s. 16

²⁴⁵ R. Kender, age., s. 117-118

²⁴⁶ Bu konuda geniş bilgi için bkz. Oğuzman / Öz, 1998, Akitler, Akdin Kurulması, s. 47-61

²⁴⁷ R. Kender, age., s. 119

Acenta aracılığıyla akdedilen sigorta sözleşmelerinde ise durumu acentanın sigorta şirketini temsile yetkili olup olmamasına göre ikiye ayırmak gerekir. Sigorta şirketini temsile yetkili acenta bakımından, acentanın sigorta ettirenin icabını kabul ettiği anda sigorta sözleşmesi in'ikad etmiş olur. Ancak acenta akit yapmaya yetkili değilse, sigorta ettirenin icabı veya teklifnamesi şirkete intikal ettirilir ve şirket poliçeyi vermek suretiyle kabul beyanında bulunmuş olur. Acentanın yetkisini aşarak sigorta sözleşmesi yapması halinde, TTK'nın 122. maddesinin göz önünde tutulması gerekir²⁴⁸.

Sigorta, şekli olarak sözleşmenin tamamlanması yani kanuni şartlara uygun bir icap ve bunun kabulü ve böylece karşılıklı ve birbirlerine uygun irade beyanlarının varlığı ile başlar. Bu süre sözleşmenin sona ermesine kadar devam eder ve zarar sigortalarında genellikle süre 1 yıl olarak belirlenir²⁴⁹.

Hastalık sigortası süresinin belirlenmesi ise, Hastalık Sigortası Genel Şartları'nda tarafların anlaşmasına bırakılmıştır. Buna göre taraflar isterlerse günlük, haftalık, aylık, yıllık ya da daha uzun süreleri kapsayan sözleşmeler yapabilirler. Uygulamada pratik nedenlerle bu süre de genellikle 1 yıl olarak kabul edilmekte ve sürenin sonunda taraflar mutabık kalırsa sigortanın süresi uzatılmakta ve bu şekilde sigortaya süreklilik kazandırılmaktadır. Ancak Hastalık Sigortası Genel Şartları'na göre, sigorta hangi süre için düzenlenirse düzenlensin, Türkiye saat ile öğleyin saat 12.00 da başlar ve bitim günü

²⁴⁸ R. Kender, 2001, s. 120

²⁴⁹ Rayegan Kender, “*Sigorta Sözleşmesinin Süresine İlişkin Bazı Sorunlar*”, **Sigorta Hukuku Dergisi**, 1998, S. 1, s. 40 vd

aynı saatte sona erer²⁵⁰. Ancak, bu hükmün aksinin kararlaştırılması da mümkündür. Sigorta yurt dışında geçerli olma kaydı ile düzenlenmiş olsa dahi başlangıç ve bitiş tarihleri, aksi sözleşmede kararlaştırılmadıkça Türkiye saatine göre saptanır²⁵¹.

TTK. md.1295/f.3'e göre, sigortacının sorumluluğu primin tamamının veya ilk taksitinin ödenmesi koşuluna bağlıdır. Yani sigorta ettirenin fiilen sigorta teminatından yararlanması prim ödemesi ile gerçekleşir. İlk prim ödeninceye kadar sigorta himayesi başlamayacaktır²⁵². İlk primin ödenmesi tarafların anlaşması ile sonraki bir tarihe bırakılmış yani tecil edilmiş ise, bu durum sigorta himayesinin başlamasına engel değildir²⁵³.

B) Teminat Kapsamının Süre ve Yer Olarak Sınırlanması

Uygulamada sigorta şirketleri istismarları önlemek amacıyla sözleşmenin kurulmasıyla birlikte teminatı başlatmama eğilimindedirler. Sigortacılık uygulamasında hastalık sigortası sözleşmesinin ilk kuruluşunda, belli ve kısa bir süre, sigorta teminatı dışında bırakılmaktadır. Mal sigortalarında sigorta bedelinin ufak bir kısmı üzerinde uygulanan ve sigorta muafiyeti denilen bu uygulama, hastalık sigortalarında süre olarak belirlenmektedir ki buna *muafiyet süresi* denilmektedir. Hastalık sigortalarında uygulamada 20-30 günlük süreler olarak uygulanan bu husus, sigorta sözleşmelerine

²⁵⁰ Bkz. HSGŞ. Md. 4

²⁵¹ I. Ulaş, 2002, s.209

²⁵² Kara ve denizde mal taşıma sigortalarında, mevcut durumun aksine istisnai olarak, sigortacının mesuliyeti sigorta akdinin yapıldığı tarihte başlar.

²⁵³ R. Kender, 2001, s. 166

konulan özel hükümlerle gerçekleştirilmekte, bu şekilde bir yandan prim ucuzlatılması amaçlanmakta, diğer yandan ve önemli olanı sigorta ettirenin sağlığı konusundaki bildirimin gerçekliğinin hiç olmazsa bu kısa sürede denetleme olanağına kavuşulmaktadır. Kimi hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili tetkik ve tedavi giderleri ile sigortalı haberdar olsun ya da olmasın sigorta başlangıç tarihinden önce var olan tüm hastalık ve maluliyet ile ilgili giderler ise poliçe başlangıç tarihinden itibaren bir yıl süreyle kapsam dışında tutulmaktadır²⁵⁴. Bu süre içinde hasarın meydana gelmesi durumunda yani hastalık veya kaza gerçekleşirse sigorta şirketi bu giderleri ödememektedir. Böylece mevcut bir hastalığın düşük bir sigorta primiyle tedavi ettirilmeye çalışılmasının önüne geçilmektedir. Bu sigortanın doğasına uygun bir uygulamadır. Aksi takdirde sistem varlığını devam ettiremeyecek ve kısa bir süre sonra çökecektir. Muafiyet hükmü ilk defa kurulan hastalık sigortası sözleşmelerine konulmakta sürenin bitimi ile yenilenen sigorta sözleşmelerinde ise artık muafiyet hükmüne yer verilmemektedir²⁵⁵.

²⁵⁴ Sigorta şirketlerine göre değişen bu hastalıklar şöyle özetlenebilir:

•Bademcik, geniz eti, kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi •Hemoroid, pilonidal sinüs, fistül, fissür •Her tür kanser, şeker, hipertansiyon ve komplikasyonları •Kronik böbrek hastalığı ve diyaliz •Safra kesesi, safra yolu ve üriner sistem taşlı hastalıkları •Her tür tümör ve polipler •Varisektomi, varikosel •Her tür fitik, myom, yumurtalık, meme ve rahim ameliyatları, endometriosis, tiroid hastalıkları •Her tür disk hernisi, diz cerrahisi (menisküs) ve omurga cerrahisi •Katarakt •Organ nakli (kaza hariç) •Koroner anjiyografi, koroner by-pass, anjiyoplasti, aort disseksiyonu ve kalple ilgili her tür yatış •Bu hastalıkların komplikasyonları (<http://www.akbank.com.tr>; Axa Oyak Sağlık Sigortası Özel Şartları; Güneş Hayat Sağlık Sigortası Özel Şartları)

²⁵⁵ I. Ulaş, 2002, s. 209; Dr. E. Göçmen, <http://www.turkiye-klinikleri.com>

Muafiyet sürelerine ilişkin olarak Yargıtay 11. Hukuk Dairesi'nin çok sayıda kararı mevcuttur²⁵⁶. Özel dairenin 29.12.1994 gün ve 1994/6306-9961 sayılı kararında aşağıdaki gerekçelerle muafiyet süresinin konulmasında yasaya aykırılık olmadığı belirlenmiş, ancak bu sürenin başlangıcının ne olması gerektiği şu gerekçelerle açıklanmış bulunmaktadır²⁵⁷.

«Davacı vekili, müvekkilinin, davalı sigorta şirketi ile sağlık tedavi giderleri ile ilgili yurt içi ve yurt dışı harcamaları sigorta kapsamına alan sağlık sigortası yaptırdığını, sigorta başlangıcının 5.2.1992 tarihî olduğunu, müvekkilinin 4.3.1992 tarihinde Belçika'da Aalst şehrinde taşıkardi nedeniyle hastaneye yatırıldığını, ameliyat nedeniyle (182.000) Belçika Frangı masraf yaptığını, müvekkilinin iki kez 7.5.1992 tarihinde aynı hastanede ameliyat olduğunu, (177.100) Belçika Frangı masraf yaptığını, sigortanın teminat dışı olduğu gerekçesiyle masraflarını ödemediğini açıklayarak, fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak üzere (54.500.000) TL 'nin hakkın doğduğu tarihten itibaren reeskont faizi ile birlikte tahsilini talep ve dava etmiştir.

Davalı sigorta şirketi vekili yanıt dilekçesinde, davacının yurt dışında yaptığını iddia ettiği tedavi şeklinin ameliyat olmadığını bu nedenle poliçe

²⁵⁶ Özel Dairenin, 18.9.2000 gün ve 2000/5930-6713 sayılı; 15.4.1999 gün ve 1998/8157-1999/2843 sayılı; 1.12.1998 gün ve 1998/5518-8437 sayılı kararlarında, ikinci dönem sigortanın ilk sigortanın devamı olduğu, ancak yeni düzenlenecek poliçe veya zeyilnamede bu durumun gösterilmesi gerektiği, sağlık sigortalarında muafiyet süresinin araştırılması ve belirlenmesine ilişkin çeşitli hususlara değinilmektedir.

²⁵⁷ I. Ulaş, 2002, s. 210-211-212

özel şartları 4/A m. kapsamına girmediğini, ayrıca 5.3.1992 tarihli tedaviye harcanan masrafların poliçe tanzim tarihinden 20 gün geçmediği için teminat dışı kaldığını, 7-9 Mayıs arası tedavinin günlük tedavi gideri sayılıp, günlük 750.000 TL'den 2.250.000 TL edeceğini, sigorta bedelinin hakem-bilirkişice tesbiti gerektiğini talebin fahiş olduğunu, davanın reddi gerektiğini savunmuştur.

Mahkemece; iddia, savunma, dosya içindeki yazılara göre, davacının hastalığı nedeniyle gördüğü tedavi şeklinin ameliyat niteliğinde olduğu, davacının sigorta tazminat miktarının poliçe teminatı ile sınırlı olmak üzere (50.000.000) TL'ye hak kazandığı anlaşıldığından, davanın kısmen kabulü ile (50.000.000) TL'nin temerrüt tarihi 8.9.1992 tarihinden itibaren reeskont faizi ile davalıdan tahsiline, fazla istemin reddine karar verilmiştir.

Kararı, davalı sigorta vekili temyiz etmiştir.

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılabacağı üzere, davalı sigorta şirketi akdi ilişkiyi ve prim tahsili koşullarının gerçekleştiğini kabul etmekle birlikte, davacıya uygulanan tıbbi müdahalenin cerrahi müdahale (ameliyat) niteliğinde olmadığı ve bu nedenle teminat dışı kaldığı gibi, esasen sigorta poliçesinin özel şartları gereğince tedavi giderlerinde sigorta teminatının poliçenin düzenlenmesinden 20 gün sonra başlaması gerektiği, oysa, davacının iddia ettiği tıbbi müdahale şeklinin bu sürenin dolmasından önce gerçekleştiğinden, bu nedenle de rizikonun teminat dışında kaldığı savunmasında bulunmuştur.

Dosya içerisindeki belgeler ile Adli Tıp raporları kapsamında, davacıya uygulanan tedavi yönteminin bir cerrahi müdahale (ameliyat) niteliğinde olduğu anlaşıldığından davalı vekilinin bu yöne ilişkin temyiz itirazları yerinde görülmemiştir.

Davalı sigorta vekilinin rizikonun süre yönünden muafiyet kapsamında kaldığına ilişkin itirazlarına gelince; gerçekten de incelenen sigorta poliçesinin ön yüzündeki şartlarda (teminatlar, kaza sonucu durumları hariç, tanzim tarihinden 20 gün sonra başlar) şartı mevcut bulunmaktadır. Bir nevi sigorta muafiyeti olan bu şart, ilke olarak geçerli olmakla birlikte bu muafiyet süresinin hangi tarihten itibaren başlaması gerektiği üzerinde durulması zorunludur. Sigorta poliçesi genel şartlarının 5. maddesinde (sigortacının sorumluluğunun primin ödenmiş olması ve poliçenin teslimi ile başlar. Dolayısı ile sigorta poliçesinde belirlenen sigorta başlangıç tarihinden itibaren teminat altına alınmış olur) hükmü yer almış bulunmaktadır. Dosya içerisindeki davalı sigortacının yetkili acentesi tarafından düzenlenen prim tahsilat makbuzunda ise ilk prim miktarı olan (650.000)TL' nin 5.2.1992 tarihinde davacıdan tahsil edildiği anlaşılmaktadır. Sigorta poliçesinde ise, genel şartlara uygun olarak sigorta başlangıç tarihi olarak 5.2.1992 olarak gösterilmiştir. Bu durum karşısında, özel şartlarda gösterilen muafiyet süresi sigortanın başlangıç tarihinden itibaren hesaplanması gerekirken, bu sürenin poliçenin fiili düzenlenme tarihi olan 28.2.1992 tarihinden başlaması gerektiğinin ileri sürülmesi mümkün değildir.

Bu savunma şekli, poliçe genel şartlarının yukarıda açıklanan hükmüne aykırı olduğu gibi, sigorta poliçesinin düzenlenerek verilme yükümlülüğünü düzenleyen TTK'nın 1267. maddesi hükmüne de uygun bulunmamaktadır. Zira, anılan yasa hükmüne göre, sigorta şirketi, bir prodüktör (tallal) aracılığı ile değil de, yetkili acentası aracılığı ile yaptığı sigorta sözleşmesinde poliçeyi 24 saat içinde düzenleyip, sigorta ettiren kimseye vermekle yükümlü tutulmuştur. O halde, sigorta poliçesinde yer alan bu muafiyet süresinin başlangıç tarihi bu hükme göre hesaplanması da zorunludur. Yoksa, sigorta şirketinin bu hükümlere aykırı davranışı ile poliçeyi geç düzenleyerek sigorta ettirenin aleyhine sonuç doğuran muafiyet süresini, bu şekilde uzatması mümkün değildir.

Yukarıda açıklanan nedenlerle ve mahkeme kararı gerekçesine ve mahkemece oranı belirtilmeyen reeskont faizi oranının icra aşamasında saptanması mümkün olduğuna göre, davalı sigorta şirketi vekilinin yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddiyle kararın onanması gerekmektedir.»

Sigorta sözleşmesinin coğrafi geçerliliği bakımından da HSGŞ.'de herhangi bir yer sınırlaması getirilmemiştir. Burada tarafların serbest iradeleriyle sigortanın geçerli olacağı yeri belirleyebilmeleri mümkün olmaktadır²⁵⁸. Taraflar isterlerse sözleşmenin geçerliliğini bir il, bölge ya da ülkeyle de sınırlayabilirler. Nitekim bazı sözleşmeler dünyanın her tarafında geçerliyken bazıları yalnızca ülke sınırları içinde geçerli olmaktadır. Yabancı ülkelerde yapılan tedavi

²⁵⁸ Bkz. HSGŞ. md. 3

giderlerinin kapsamı da sözleşmeyle ayrıca belirlenebilmektedir²⁵⁹.

3-HASTALIK SİGORTASINDA TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ ve KÜLFETLERİ

Sigorta sözleşmesi daha önce belirttiğimiz gibi²⁶⁰ iki tarafa da hak ve borç yükleyen sinallagmatik bir sözleşmedir. Bu nedenle, diğer sigorta türlerinde olduğu gibi hem sigorta ettirene hem de sigortacıya karşılıklı yükümlülükler düşmektedir²⁶¹.

A) Sigorta Ettirenin Külfet ve Yükümlülükleri

Sigorta ettirenin sigorta sözleşmesi nedeniyle; prim ödeme yükümlülüğü, ihbar külfeti ve zararı önleme külfeti şeklinde beliren bazı sorumlulukları söz konusudur.

Sigorta ettirenin birinci yükümlülüğü tamamen bir borç niteliğinde olan ve yerine getirilmediği takdirde sigortacı tarafından ifasının dava ve talep edilebileceği “*prim ödeme*” borcudur²⁶².

Borçlar hukukunda yükümlülük (borç) ve külfet kavramları birbirinden farklı anlamlarda kullanılmaktadır. Borç, bir şahsı (borçluyu), diğer bir şahsa (alacaklıya)

²⁵⁹ Dr. E. Göçmen, <http://www.turkiye-klinikleri.com>

²⁶⁰ Bkz. Dördüncü Bölüm, “Sigorta Sözleşmesinin Hukuki Niteliği”, s. 107 vd.

²⁶¹ I. Ulaş, 2002, s. 213

²⁶² R. Kender, 2001, s. 157

bir edimi yerine getirme (bir şey verme, yapma ya da yapmama) yükümlülüğü altına sokan hukuki bir bağıdır²⁶³. Yükümlülük de bir davranışta bulunma zorunluluğunu ifade eden daha geniş kapsamlı bir kavramdır²⁶⁴.

Sigorta ettirenin ikinci tür sorumluluğu ise kendisine yine kanun veya sözleşme ile yüklenmiş olan bir takım ihbar ve davranış mükellefiyetlerinden oluşmaktadır. Bunların yerine getirilmesi sigortacı tarafından dava edilemez, ancak ihlali sigorta ettirenin bazı haklarını kaybetmesine neden olur. Bu külfetleri yerine getirmeyen sigorta ettirenin bazı haklarını kaybetmesi, sigortacının da tazminat ödemekten kurtulmasına neden olur²⁶⁵.

Esas itibariyle kanunda ve kısmen de sigorta genel şartlarında düzenlenen ve hukuki mahiyetlerine göre müeyyideleri birbirinden farklı olan sigorta ettirenin bu iki tür sorumluluğunu, bu nedenle değişik terimlerle ifade etmek yerinde olacaktır. Bu kapsamda sigorta ettirenin hukuken tamamen bir borç mahiyetinde olan prim ödeme borcuna “*prim ödenme yükümlülüğü*”, yerine getirmek zorunda olduğu diğer bütün hususlara ise, “*sigorta ettirenin külfetleri*” demek daha isabetli görünmektedir.

²⁶³ Oğuzman/Öz, 1998, s. 3 vd.

²⁶⁴ Oğuzman/Öz, age., s. 14.

²⁶⁵ R. Kender, 2001, s. 158

a- Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Yükümlülüğü

Prim; sigortacının, sigortalıya vermiş olduğu güvence karşılığında almış olduğu parasal ücrettir. Sigortalının, sigortacıya, rizikoyu paylaşma ve yönetme işlevleri karşılığında ödediği ödenti olan sigorta primi, sigortacının riziko taşıma ediminin karşılığıdır. Bir anlamda sigorta güvencesinin fiyatıdır²⁶⁶.

Sigorta ettirenin başlıca edimlerinden biri prim ödemedir. Sigorta ettiren, sigorta sözleşmesi ile kararlaştırılmış olan primi ödemekle yükümlüdür. Sigorta mukavelesi yapılırken prim miktarının gösterilmesi gerekir. Ancak aksi sözleşmeyi geçersiz kılmaz. Sigorta bedeli mukavelede tesbit edildiğine göre, prim miktarı kabili tayindir. Ancak prim, sigorta sözleşmesinin önemli bir unsuru olduğundan, sigortalının kabulü ile ancak sonradan tesbit edilebilir²⁶⁷. TTK'nın 1294. maddesinin 1. fıkrasında, sigorta priminin, sözleşmede gösterilememiş olması halinde, Ticaret Bakanlığı tarafından onaylanmış olan tarifeler uyarınca belirleneceği ifade edilmiştir²⁶⁸.

Ancak, Sigorta Murakabe Kanunu'nun 26. (değişik:16/6/1994-KHK-539/md.19) maddesinde yer alan hüküm TTK. md. 1294/f.1'in uygulanma olanağını bertaraf etmiştir. Bu maddeye göre, "Hayat sigortaları ve süresi bir yılı aşan sağlık sigortaları ile zorunlu sigortalar dışında kalan sigorta sözleşmelerinde uygulanacak

²⁶⁶ E. Güvel.- A. Güvel, 2002, s. 62, 63, 180

²⁶⁷ R. Kender, 2001, s. 161

²⁶⁸ H. Kubilay, 1999, s. 60

tarifeler sigorta şirketi tarafından serbestçe belirlenir”²⁶⁹. Bu hükme göre, hayat sigortaları ile süresi bir yılı aşan sağlık sigortaları ve zorunlu sigortaların dışında kalan sigorta sözleşmesi primlerinin tesbiti şirketlere bırakılmıştır. Süresi bir yılı aşan uzun süreli sağlık sigortalarının primlerinin tesbiti bu madde gereği sigorta şirketlerine bırakılmamışken, süresi 1 yılı aşmayan sağlık sigortaları fıkıada sayılan sigorta sözleşmeleri dışında kaldığından primlerinin tesbiti sigorta şirketlerine bırakılmıştır. Sonraki fıkılarda ise, nedense, zorunlu sigortaların primlerinin tesbiti Bakanlığa, hayat sigortalarınınkı ise Müsteşarlığın onayına bağlanmıştır. Bu madde, primlerin tesbiti açısından dağınık, tutarsız, sırasız ve kanun yapma tekniğine uymayan bir yapı sergilemektedir²⁷⁰.

Sigorta priminin ödenmesi, kural olarak, para ile gerçekleştirilir. Ödeme için bono veya çek verilmesi durumunda senet bedelinin tahsil edildiği tarihte ödeme yapılmış sayılır (TTK md.1294/f.1). Sigorta priminin ödenmesi de kural olarak peşinen gerçekleştirilir. Ancak sözleşme ile primin aylık veya yıllık olarak taksitle ödenmesi de kararlaştırılabilir²⁷¹.

Hastalık sigortasında ödenecek, prim riziko bedeli primidir. Tasarruf unsuru bu sigortada mevcut olmadığından primde de bu unsur yoktur. Rizikonun gerçekleşme olasılığının yüksek veya düşük olması, prim oranlarının belirlenmesinde

²⁶⁹ Kemal şenocak, **Özel Sigorta Hukuku Mevzuatı**, İkinci Bası, Ankara 2003, s.77

²⁷⁰ R. Kender, 2001, s. 160

²⁷¹ H. Kubilay, 1999, s. 60

en önemli unsurdur²⁷². Riziko gerçekleşme ihtimalinin fazla olduğu hallerde, sigortacı isterse bu rizikoları da sigorta örtüsü altına alabilir. Böyle durumlarda sigorta ettirenden normal prim değil, miktarı arttırılmış prim talep edilir. Uygulamada, sigortalının sigorta güvencesini özel koşullarla arttırmak amacıyla sigortacıya verdiği ek prime *sürprim* adı verilmektedir²⁷³.

Prim ödeme borcu daima sözleşmenin tarafı olan sigorta ettirene aittir. Üçüncü şahıs lehine yapılan sigorta sözleşmelerinde de prim ödeme borcu yine sigorta ettirene aittir²⁷⁴.

Sigorta primi ödeme yeri bakımından, borcun ifa edileceği yere ilişkin BK'daki düzenlemeden farklı bir düzenleme getirilmiştir. Sigorta primi sigorta ettirenin (borçlunun) ikametgahında ödenir. Sigorta priminin sigortacının veya acentasının ikametgahında ödeneceğine dair poliçede bir şart varsa buna uyulur. Böyle bir şarta rağmen fiilen prim sigorta ettirenin ikametgahında ödenegelmekte ise poliçede yer alan bu şart yok sayılır²⁷⁵ (TTK. md. 1296).

TTK. md. 1295/f.1'de prim ödeme zamanı; "Sigorta priminin tamamının, taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa ilk taksitin, akit yapılır yapılmaz ve poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir." şeklinde düzenlenmiştir. Sigorta ettiren ancak

²⁷² E. Güvel.- A. Güvel, 2002, s. 63

²⁷³ I. Ulaş, 2002, s. 222, E. Güvel.- A. Güvel, age., s. 183

²⁷⁴ R. Kender, 2001, s. 161

²⁷⁵ R. Kender, age., s. 163, H. Kubilay, 1999, s.61

poliçenin kendisine teslimi karşılığında primi sigortacıya ödemekle mükelleftir. Yani poliçe sigorta ettirene teslim edilmedikçe prim ödeme borcu muaccel olmayacaktır. Prim taksitlere bağlanmışsa sonraki primlerin ne zaman ödeneceğine dair bir hüküm kanunda bulunmamaktadır. Bu noktada taraflar arasında bir anlaşma yoksa her bir taksitin ait olduğu sigorta devresinin ilk günü ödenmesi gerekir²⁷⁶ (BK. md. 74).

Sigorta ettirenin sigorta primi veya ilk taksitini zamanında ödememesi, beraberinde sigorta himayesi ve temerrüt bakımından çeşitli hukuki sonuçlar doğurmaktadır.

‘ Kural olarak sigortacının tehlike taşıma mükellefiyeti, primin ya da ilk taksitin ödenmesiyle başlar. Yani ilk prim ödeninceye kadar sigorta himayesi başlamaz. İlk primin ödenmesi tarafların anlaşması ile sonraki bir tarihe bırakılmış yani tecil edilmişse, bu sigorta himayesinin başlamasına engel olmaz²⁷⁷.

HSGŞ’ye göre,²⁷⁸ sigorta primi peşin ödenecekse, poliçenin teslimi ile birlikte aynı günün akşamına (mesai bitimine) kadar ödenmesi gerekir. Aksi sözleşmede kararlaştırılmış olmadıkça, primin belirlenen zamanda ödenmemesi, sigortacının sorumluluğunun başlamamasına neden olur. Poliçenin teslimine rağmen prim ödenmemişse bunu takip eden otuz gün içerisinde prim borcu yerine getirilmezse sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek kalmaksızın kendiliğinden feshedilmiş olur.

²⁷⁶ Bkz. K Oğuzman/ T. Öz, 1998, s. 237; R. Kender, 2001 s. 162

²⁷⁷ R. Kender, age. s. 166

²⁷⁸ Bkz.HSGŞ md. 7

Primin ödenmemiş olmasına rağmen, poliçenin teslimi ile sigortacının sorumluluğunun başlayacağı kararlaştırılmış olması halinde, otuz günlük sürenin ilk on beş günü içerisinde oluşacak rizikolardan dolayı sigortacının sorumluluğu devam edecektir²⁷⁹.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı hallerde ise, ilk taksitin aksi kararlaştırılmadıkça poliçenin teslimi ile ödenmesi gerekir. Aksi halde, sigortacının sorumluluğu başlamaz²⁸⁰.

Sigorta ettiren, prim borcunu muaccel olduğu anda ve gerekli şekilde ödenmezse kanundaki şartlar dahilinde mütemerrit duruma düşer. Buna karşı sigortacı da kendine tanınan kanuni haklarını kullanır²⁸¹. Sigorta poliçesinde taksitlerin miktarının, kesin vadelerin ve vadede ödenmemesi halinde sonuçların açıkça yazılmış olması zorunludur. Bu husus yerine getirilmek koşuluyla, taksitlerden herhangi biri vadesinde ödenmezse temerrüt hali oluşur. Sigorta ettiren prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden on beş gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur. Rizikonun gerçekleşmemesi kaydıyla teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren on beş gün içerisinde prim borcunun ödenmemesi halinde sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur (HSGŞ md.7). Fesih süresinden önce riziko gerçekleşir ise ödenecek

²⁷⁹ I. Ulaş, 2002, s. 223

²⁸⁰ I. Ulaş, age., s. 223

²⁸¹ R. Kender 2001 s. 166

tazminattan, ödenmemiş ve vadesi gelmemiş prim borçları mahsup edilir. Fesih halinde ise, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye denk gelen prim, gün esaslı üzerinden hesaplanarak varsa fazlası sigorta ettirene geri verilir. Kendiliğinden fesih prosedürünün oluşabilmesi için poliçeye bu sonucun mutlaka yazılmış olması gerekir. Aksi taktirde, sigorta ettirenin temerrüde düşürülebilmesi ve fesih hakkının kullanılması TTK. md. 1297/f.1'deki koşullara tabidir²⁸². Buna göre, sigortacı prim borcunu ya da taksitleri vadenin bitiminde ödemeyen sigorta ettirene, sigorta ettirenin veya akid sıfatıyla hareket eden vekilinin yazı ile kendisine bildirilmiş son ikametgah veya meskenine resmi bir ihtarname veya taahhütlü mektup göndererek bir ay içerisinde söz konusu ücret veya taksiti ödemezse sigortanın feshedilmiş olacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmezse sözleşme feshedilmiş olur (TTK md. 1297/f.1)²⁸³.

b- Sigorta Ettirenin Külfetleri

Sigorta sözleşmesi, sigorta ettirene prim ödeme yükümlülüğü yanı sıra bir takım külfetler de yüklemektedir. “Sigorta Ettirenin Külfet ve Yükümlülükleri” başlığı altında önceden değindiğimiz gibi bunların hukuki mahiyeti borç değildir. Sigortacı bu görevlerin ifasını dava edemez, yani bunları zorla ifa ettiremez,

²⁸² I. Ulaş, 2002, s. 224; HSGŞ. md. 7

²⁸³ TTK' nın 1297. maddesinin 1. fıkrasında yer alan bu hüküm esasen bir yıldan uzun süreli can sigortaları için geçerlidir. Diğer sigortalardaki temerrüt halinde ise aynı maddenin 2. ve 3. fıkraları uygulanır. Kendiliğinden fesih sonucunun poliçede yazılı olmadığı hastalık sigortalarında da, bir yıldan uzun süreli can sigortaları için geçerli olan 1297/f.1'deki esaslar geçerlidir.

külfetleri yerine getirmeyen sigorta ettiren tazminat ile mükellef olmaz. Ancak sigorta himayesi bu görevlerin ifası ile elde edilebilir, aksi halde, yani görevlerin ihlali halinde sigorta ettiren sigorta sözleşmesinden doğan haklarını kısmen veya tamamen kaybeder²⁸⁴.

“Herkes, haklarını kullanırken ve borçlarını yerine getirirken dürüstlük kurallarına uymak zorundadır”. MK’nın 2. maddesinin 1. fıkrasında yer alan bu ifadedeki temel düşünce davranışların dürüstlük ilkesine dayanmasıdır, hukuki ilişkilerde karşılıklı güvenin yer almasıdır. Bu prensip ister kanundan, ister akitten, ister sözleşme öncesi ilişkiden doğsun, doğan tüm hakların kullanılmasına ve bir borç doğmuşsa bu borcun ifasına ilişkindir²⁸⁵.

Tüm sigorta sözleşmeleri gibi hastalık sigortası sözleşmesi de MK’nın 2. maddesinde ifadesini bulan iyi niyetle davranma ilkesine dayanmaktadır. Hastalık sigortasında sigorta ettirenin sözleşmenin kuruluş aşamasında, sözleşmenin devamı sırasında ve rizikonun meydana gelmesi halinde ihbar külfetleri mevcuttur. Hastalık Sigortası Genel Şartları’nda da bu düzenlemeye bu hususlar dahilinde yer verilmiştir. Zira bu tür sözleşme, ihbar külfetlerinin iyi niyetle ve tam olarak yerine getirilmesi esaslarına göre d zenlenmiştir²⁸⁶.

²⁸⁴ R. Kender, 2001, s. 177

²⁸⁵ Bilge  ztan, **Medeni Hukuk’un Temel Kavramları**, 8. Bası, Ankara 2002, s. 160

²⁸⁶ I. Ulaş, 2002, s. 78

Sigorta ettirenin ihbar külfetinin hukuki mahiyeti, teorik yönden değer taşıyan bir takım tartışmaları içermektedir. Bu tartışmaların bazılarına göre, ihbar külfeti kanundan, bazılarına göre de sözleşmeden doğmaktadır. İhbar külfetinin gerçek anlamda bir külfet olup olmadığı da tartışılmış; bu külfetin gereği gibi yerine getirilmemesi durumunda tazminat ödenmesi söz konusu olmadığından, bunun sigorta ettirene düşen gerçek bir külfet olmadığı görüşü öne sürülmüştür²⁸⁷.

aa- Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken İhbar Külfeti

TTK'da can sigortaları gibi, belki de ihbar külfetinin en çok önem kazandığı bir sigorta branşında, akdin inikadı sırasında sigorta ettiren tarafından yapılacak ihbarlarla ilgili hiçbir hüküm yoktur. Hastalık sigortalarında da, can sigortalarında olduğu gibi ihbar yükümlülüğüne ilişkin herhangi bir hüküm bulunmamaktadır. Bu durum, doktrinde bazı müellifleri, sigorta ettireni çok daha iyi koruyan denizcilik rizikolarına karşı sigortalardaki ihbar külfetlerine ilişkin hükümlerin, can sigortalarında da uygulanması gerektiği görüşüne yönlendirse de doğru olan, mal sigortalarına ilişkin umumi hükümler arasında bulunan ihbar yükümlülüğüne ilişkin hükümlerin kıyas yolu ile can sigortalarında (ve hastalık sigortalarında) da uygulanmasıdır²⁸⁸.

²⁸⁷ H. Kubilay, 1999, s.62; R. Kender, 2001, s. 182

²⁸⁸ Fırat Öztan, **Sigorta Akdinin İnıkadında İhbar Mükellefiyeti**, BTHAE, Ankara 1965, s. 161

Sigorta sözleşmesinin iyi niyete dayanan sözleşmelerden olması gereği burada kendini göstermektedir. Sigorta ettirenin, sigorta sözleşmesinin yapıldığı sıradaki ihbar külfeti; mal sigortalarına ilişkin olan TTK'nın 1290. maddesine tabîdir. Sigortacı, sigorta ettirene kuruluş aşamasındaki ihbar külfetini yerine getirebilmesi için gerekli soruları içeren bir teklifname vermekte, sigorta ettiren de bu sorulara gerçeğe uygun bir şekilde cevap vermek yükümlülüğü altında bulunmaktadır²⁸⁹.

Sigorta ettiren aleyhine değiştirilemeyen, emredici nitelikteki bir hüküm olan 1290. maddeye göre, sigorta ettiren, sözleşme yapılırken, riziko için önemli hususları, yani sigortacının sözleşme yapılırken gerçek durumu bildiği takdirde mukaveleyi hiç yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektirecek hususları, bildirmekle mükelleftir²⁹⁰. TTK md. 1290 hükmüne göre, sigorta ettiren kimsenin bu sorumluluğu, sigorta sözleşmesinin yapılması sırasında doldurması teklif olunan listede (teklifname/soru formu) yazılı sorularla sınırlandırılmıştır²⁹¹. TTK'nın 1290/f.2 hükmüne rağmen sigortacı tarafından verilen soru listesinde yer almadığı halde, sigorta ettiren tarafından bilinen ve sigortacı tarafından da bilinmesi halinde sözleşmenin kurulmama tehlikesinin olduğu hallerin de MK'nın 2. maddesi hükmündeki iyi niyet kuralları içerisinde sigortacıya bildirme zorunluluğu

²⁸⁹ H. Kubilay, 1999, s.62; R. Kender, 2001, s. 213; HSGŞ. md. 5

¹⁸² R. Kender, age., s. 182

²⁹¹ H. Kubilay, age., s. 64

mevcuttur²⁹². Sigortacının sigorta ettirene soru listesi vermemesi halinde dahi sigorta ettirenin ihbar yükümlülüğünün devam ettiği uygulamada kabul edilmektedir²⁹³.

Sözleşmenin kuruluş aşamasındaki ihbar yükümlülüğünün eksik veya yanlış olarak yerine getirilmesi halinde, TTK'nın 1290. maddesinde ve HSGŞ'nin 5. maddesinde paralel bir düzenleme içeren müeyyideler uygulanmaktadır. Buna göre, sigorta ettiren veya sigortalı sorulan sorulara karşı susmuş veya eksik bildirimde bulunmuş veya gerçeğe aykırı ihbarda bulunmuş ise, bu durumları bilmesi nedeniyle sigorta sözleşmesi yapan sigortacıya sigorta sözleşmesinden cayma hakkı tanınmıştır. Ancak bu noktada sigorta ettirenin/sigortalının kasdının olup olmadığı sigortacı tarafından kullanılacak cayma hakkında önem kazanmış bulunmaktadır²⁹⁴.

Denizcilik rizikolarına karşı sigortalardan farklı olarak, kara sigortalarında ve bu sigortalarda uygulanan TTK'nın 1290. maddesinde, cayma hakkının

²⁹² I. Ulaş, 2002, s. 90

²⁹³ Bu konuda Özel Daire 7.10.1988 gün ve 1998/1255-5606 sayılı kararında bu konuya şu gerekçelerle değinmiştir. “...Aksi halde bu husus (sigorta ettirenin kasıtlı davranışı) davacı (sigortacı) tarafça kanıtlanamadığı takdirde sual listesi (teklifname) vermemek suretiyle... sigorta şirketinin sözleşmenin konulmasında müterafık kusurlu bulunduğu dikkate alınarak TTK' nın 1264/1. maddesi yollaması ile BK' nın 98/2 ile 44. maddeleri uyarınca tarafların kusur durumları değerlendirilerek sigorta şirketince poliçede ödenmesi kabul edilen sigorta teminatının kısmen tenkis edilerek hüküm kurmaktan ibarettir.” (I. Ulaş, 2002, s. 117)

²⁹⁴ I. Ulaş, age., s. 89-90

kullanılabilmesi yönünden sigorta ettirenin kusurlu olup olamadığına bakılmamakta, ayrıca illiyet (nedensellik bağı) ilkesine de yer verilememektedir²⁹⁵.

Sigorta ettirenin eksik veya yanlış ihbarda bulunması herhangi bir kasda dayanmamaktaysa, yani sözleşmeye engel halden kendisinin de haberi yoksa, örneğin varolan bir hastalığın kendisinden saklanması ya da bu hastalığın henüz ortaya çıkmaması halinde, sigortacı cayma hakkından mahrum kalır. Fakat daha fazla prim karşılığı sözleşme yapılması gerektiği hallerde bu durumun öğrenilmesinden itibaren bir ay içerisinde sözleşmeyi feshetme veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi ayakta tutma olanağına sahiptir. Sigortacı prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi ayakta tutmayı isterse bu durumu sigorta ettirene bildirir. Sigorta ettiren ya da sigortalı bu bildirimden itibaren sekiz gün içinde prim farkını kabul etmediğini sigortacıya bildirirse, sözleşme feshedilmiş olur²⁹⁶. Sigorta ettirenin ya da sigortalının, sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla ya da noter vasıtasıyla yapılan fesih ihbarını aldığı tarihi takip eden 5. iş günü saat 12:00'de fesih hükmü ifade eder²⁹⁷. Sigorta ettirenin ya da sigortalının kasdının olmadığı hallerde riziko; sigortacının durumu öğrenmesinden önce, sigortacının fesih ihbarda bulunabileceği süre içinde veya bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek sürede gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran nispetinde tazminattan indirim yapar²⁹⁸. Aynı şekilde eksik veya yanlış beyan

²⁹⁵ H. Kubilay, 1999, s. 64

²⁹⁶ I. Ulaş, 2002, s.90-91; Hay.SGŞ C.2, C.2.2, 2.3, 2.4

²⁹⁷ Bkz. HSGŞ md. 5 b

²⁹⁸ Bkz. HSGŞ md. 5 d

sonucu sigorta ettirenden fazla prim alınmışsa, alınan prim sigorta ettirene gün esası üzerinden hesaplama yapılarak iade edilir²⁹⁹.

Eksik veya yanlış ihbarın kasda dayanması halinde ise, BK'nın 23 ve 28. maddelerinde düzenlenen, esaslı hataya düşen tarafın o sözleşmeyle bağlı olamayacağı hakkındaki genel hukuk kuralları çerçevesinde, sigortacı, rizikodan önce veya sonra olması farkı gözetilmeksizin sigorta sözleşmesinden cayma hakkına sahiptir. Cayma hakkının kullanılması üzerine sigorta sözleşmesi geriye yönelik olarak bütün sonuçlarıyla ortadan kalkacağı için ödenmiş primlerin sigorta ettirene geri verilmesi gerekirken, sigorta ettiren kötü niyetli olduğundan, sigortacı, o ana kadar ödenen primler üzerinde hak sahibi olur ve riziko gerçekleşmişse sigortalıya tazminatı ödemez³⁰⁰.

Yargıtay uygulamasında da, ihbar yükümlülüğüne kasıtlı olarak aykırı davranma halinde sigortacının sigorta bedelini ödememe hakkı olduğuna ilişkin 21.6.1999 gün ve 1999/3839-5548 sayılı bir karar da şu esaslar üzerinde durulmuştur.

"Dava, hayat sigortası poliçesinden kaynaklanan alacağın tahsili istemine ilişkindir.

Davalı vekili, davacı sigortalının poliçe tarihinden önce mevcut hastalığını beyan etmediğini bu nedenle rizikonun teminat dışı olduğunu savunmuştur.

²⁹⁹ I. Ulaş, 2002, s. 91

³⁰⁰ I. Ulaş, age., s. 92; H. Kubilay, 1999, s. 64-65; HSGŞ md. 5 a

Karara dayanak alınan bilirkişi raporunda, davacının polİçe tarihinden önce mevcut hastalığını kasten beyan etmediğinin ve bunun sigortalı tarafından gizlendiğinin sabit olduğu belirtilmiş olup, bu husus mahkemece de, benimsenmiştir. Ancak davalının sözleşmeden cayma iradesini davacı sigortalıya bildirmediğinden sigortacının tazminattan sorumlu olduğu belirtilmiştir.

TTK. 'nın 1290 ncı maddesinde, sigorta ettirenin kasten yanlış veya gerçeğe aykırı beyanda bulunması halinde, sigortacıya sigorta sözleşmesinden cayma imkanı sağlayacağı öngörölmüştür. Somut olayda davacı sigorta sözleşmesinden 11 gün sonra safra kesesi iltihabı ile ilgili olarak muayene olup, tahliller yaptığı ve bu tarihten 12 gün sonra da safra kesesi taşından ameliyat olduğu da anlaşılmıştır. Bu bağlamda davalı sigortacı kasten kendisinden gizlenen bir hastalıktan doğan tazminatı ödemekle sorumlu tutulamaz. Davalının sigorta sözleşmesinden caymadığı belirtilmiş ise de, davalının sigorta sözleşmesinden sonra ve fakat rizikodan önce hastalığı öğrenmesi söz konusu değildir. Rizikonun da, yukarıda açıklandığı gibi, sözleşmeden çok kısa bir süre sonra gerçekleştiğı de, sabittir. Riziko gerçekleşikten sonra davalı sigortacıdan tazminat istendiğinde, cayma iradesini bildirmemiş ise de, hastalığın kendisinden gizlendiğini ve teminat sigortacının sigorta sözleşmesinden caymadığından söz edilerek, kasten gizlenen bir hastalıktan dolayı sorumlu tutulması mümkün

değildir. Bu durumda davanın reddine karar verilmek gerekirken, kabulü doğru görülmemiş ve kararın bu nedenle bozulması gerekmiştir".³⁰¹

bb- Sigorta Ettirenin Sigorta Süresi İçindeki İhbar Külfeti

Sigorta ettirenin sigorta süresi içerisindeki ihbar külfetinin özünü rizikonun ağırlaşması sorunu teşkil etmektedir. Rizikonun ağırlaşması kavramı, her somut sigorta ilişkisinin somut şartlarına göre değişen “nisbi” bir kavramdır. Esasen rizikonun ağırlaşması, sigorta akdi kurulurken beyan edilen rizikoyu değerlendirmeye yarayan faktörlerin, sigorta süresi içinde, rizikonun gerçekleşme ihtimalini veya olası zarar miktarını arttıracak, dolayısıyla akdin feshini ya da değiştirilmesini gerektirecek bir şekilde değişmesidir. Teknik açıdan rizikonun ağırlaşması için; rizikonun değişmesi, bu değişikliğin akdin kuruluşundan sonra gerçekleşmiş olması ve değişiklik dolayısıyla rizikonun gerçekleşme ihtimalinin ya da muhtemel zarar miktarının artması gerekir. Ayrıca bu hususların esaslı olması yani teklifname, poliçe ya da eklerinde yer alan faktörlerin akdin feshini (hiç yapılmamasını) veya akdin daha ağır şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte olması şartı aranır³⁰².

TTK’da hayat sigortalarını (ve dolayısıyla hastalık sigortalarını) düzenleyen hükümler arasında, sigorta süresi içindeki ihbar külfetini de düzenleyen açık bir

³⁰¹ I. Ulaş, 2002, s. 217

³⁰² M. K. Omağ, **Türk Sigorta Hukukunda Rizikonun Ağırlaşması Sorunu**, İstanbul 1985, s. 155-156

hüküm bulunmamaktadır. Ancak, mal sigortalarına ilişkin 1291. madde işin mahiyetine uygun düştüğü ölçüde hayat (ve hastalık) sigortalarında da uygulanabilmektedir³⁰³.

Hay. SGŞ ve HSGŞ da, doktrindeki görüşler çerçevesinde, sigorta ettirenin sigorta süresi içindeki ihbar külfetine ilişkin olarak 1291. maddeye paralel düzenlemeler içermektedir³⁰⁴. Bu düzenlemelere göre, sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe veya eklerinde beyan olunan hususlarda rizikoya etki edebilecek hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç sekiz gün içinde sigortacıyı ihbarla yükümlüdür. Sigortacı ihbarı izleyen sekiz gün içinde ya sözleşmeyi fesih hakkını kullanır ya da sigorta ettirenden prim farkını isteyebilir. Prim farkının kabul edildiği sekiz gün içinde bildirilmezse sözleşme feshedilmiş olur. Prim farkının ödenmesi sigorta ettiren tarafından kabul edilmezse de sözleşme feshedilmiş sayılır. Sigortacı sahip olduğu haklarını sekiz gün içinde kullanmak zorundadır. Çünkü süresi içinde kullanılmayan fesih ya da prim isteme hakkı düşmektedir. Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez ya da sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunun gösteren bir harekette bulunursa, rizikonun ağırlaşması halini örtülü olarak (zımnen) kabul ettiği varsayılır ve fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer. Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı, sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden besinci iş günü saat 12.00'de

³⁰³ I. Ulaş, 2002, s. 99; A. Bozer, 1981, s. 244-245; M.K. Omağ, 1985, s. 24-27

³⁰⁴ Bkz. Hay. SGŞ md. 3, HSGŞ md. 6

hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi, gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir³⁰⁵.

Sigortacının söz konusu değişiklikleri öğrenmeden ya da öğrenmesine rağmen henüz fesih hakkı kullanılmadan rizikonun gerçekleşmesi halinde ise, sigortacı fesih hakkını kullanamaz; ancak alınan prim ile alınması gereken prim oranına göre ödenecek tutardan indirim yapma hakkı kullanılabilir³⁰⁶.

cc- Sigorta Ettirenin veya Sigortalının Rizikonun Gerçekleşmesinden

Sonraki İhbar Külfeti

Sigorta ettiren veya sigortalı rizikonun gerçekleşmesi halinde bunu öğrendiği veya haber vermeye muktedir olduğu tarihten itibaren sekiz gün içinde keyfiyeti sigortacıya bildirmekle mükelleftir. Sekiz günlük bu süre, rizikonun gerçekleştiğinin öğrenilmesi anıyla işlemeye başlayacaktır. Hastalanılan tarihte sigortalı veya sigorta ettiren bildirimde bulunamayacak durumda olabilir. Örneğin bir cerrahi girişim geçirmiş veya bilinci bir süreliğine kapanmış olabilir. Bu durumda bildirimde bulunma yükümlülüğü, bildirmeye muktedir olunan tarihten başlayacaktır³⁰⁷. HSGŞ' de bu işin ancak yazı ile yapılabileceğine ilişkin bir düzenlemeye yer verilmişse de, bunun bir geçerlilik değil, ispat şartı olarak anlaşılması gerekir. Söz konusu ihbarda sigorta ettiren/sigortalı kaza veya hastalığın niteliğini, yerini, nedenlerini belirtmeli

³⁰⁵ Bkz. HSGŞ md. 6 ve Hay.SGŞ md. 3

³⁰⁶ Bkz. HSGŞ md. 3.3

³⁰⁷ E. Göçmen, IV, [http:// www.turkiye-klinikleri. com](http://www.turkiye-klinikleri.com), S. 179, 24.05.2004

ve tedaviyi yapan hekimlerden aldığı kaza ya da hastalığın mevcut durumu ve muhtemel sonuçları hakkında bilgi veren raporu sigortacıya ibraz etmelidir³⁰⁸.

TTK'nın emredici nitelikte olan ve kıyasen hayat sigortalarında (ve hastalık sigortalarında) da uygulanması gereken 1292/f.son hükmü söz konusu ihbar külfetinin yerine getirilmemesi halini, ihbarda bulunanın kasdına veya kusuruna göre farklı değerlendirmiştir³⁰⁹.

Ancak doktrinde, can sigortasının bünyesine uymadığı gerekçesiyle, TTK'nın 1292. maddesinin son fıkrasındaki hükümlerin, anılan bu sigortaya uygulanması eleştirilmektedir³¹⁰.

İhbarın süresinde yapılmayarak sigortacının rizikonun teminat içinde kalıp kalmadığını araştırma olanağından yoksun bırakılması ve bu yolla hak edilmeyen sigorta bedelini almaya yönelik bir davranış yani ihbarda bulunanın kasdının varlığı, sigorta haklarını kaybetme müeyyidesine tâbi tutulmuştur³¹¹. Yargıtay uygulamasında da, çeşitli kararlarda, ihbarın kasıtlı geciktirildiğinin isbat yükümlülüğünü, bunu ileri süren sigortacıya ait olduğu kabul edilmektedir³¹².

³⁰⁸ Bkz. HSGŞ md. 8/A

³⁰⁹ I. Ulaş, 2002, s. 102

³¹⁰ Bkz. A. Bozer, 1981, s. 245; R. Kender, 2001, s. 209 vd.; H. Arseven, **Sigorta Hukuku**, İstanbul, 1987, s. 123-124

³¹¹ Bkz. HSGŞ md. 8/B; I. Ulaş, age., s. 103; H. Arseven, age., s. 123

³¹² Örneğin, Özel Daire, 15.10.1993 gün ve 1993/4880-6530 sayılı kararında bu hususa; “--- ve TTK' nın 1332/7. maddesi delaletiyle uygulanması gerekli aynı

İhbardaki gecikmenin kusurlu bir davranıştan kaynaklanması halinde ise, ihbarda bulunanın kusur durumunun ağırlığına göre, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tutar indirilir. Bu konuda taraflar arasında bir anlaşma sağlanabileceği gibi, aksi halde BK.'nın 98/f.2 ve 44. maddeleri gereği tenkis yoluna gidilebilir³¹³.

Öte taraftan ihbarda bulunanın gecikmesi kasda veya kusura dayalı değilse, mücbir sebep gibi bir durum nedeniyle gecikme olmuşsa, gecikmiş ihbarın hiçbir müeyyidesinin bulunmaması gerekir³¹⁴.

dd- Sigorta Ettirenin Zararı Önleme Külfeti

Sigorta ettiren kişinin yerine getirmesi gereken bir diğer külfeti de zararı önlemeye, azaltmaya ve hafifletmeye yarayacak önlemleri alma yükümlülüğüdür³¹⁵.

yasanın 1292. maddesi uyarınca ihbar keyfiyetinin davacı (sigorta lehdarı) tarafından süresinde kasden yapılmadığının davalı sigortacı tarafından ispatlanamadığına göre, davalı sigortacı vekilinin yerinde görülmeyen karar düzeltme isteminin reddi gerekir.” gerekçesiyle açıklık getirmiştir (I. Ulaş, 2002, s. 103). Ayrıca 11. HD. 9.11.1995 gün ve 1995/906-8407 sayılı kararında, “---Riziko ihbarının süresinde yapılmamış olmamsının kasda dayalı olduğunun sigortacı tarafından isbatı gerekir.” şeklinde bir hüküm tesis etmiştir (R. Kender, 2001, s. 214, dpn. 171b)

³¹³ Bkz. HSGŞ md. 8B/b; I. Ulaş, 2002, s. 103

³¹⁴ R. Kender, age., s. 214

³¹⁵ H. Kubilay, 1999, s. 67

Kara sigortaları bakımından sigorta ettirenin bu görevi 1293. madde de düzenlenmiştir. Sigorta ettirenin bu görevi sadece zarar sigortalarında söz konusudur. Hastalık sigortalarında da tedavi giderleri bakımından yapılan ödemeler gerçek zararı karşılamak amacı ile yapıldığından, bu tür ödemelerin tazminat (zarar) sigortası ilkelerine tâbi olması söz konusudur³¹⁶. Her sigorta dalının özelliğine göre, sigorta genel şartlarında koruma tedbirleri alma görevi düzenlenmiştir³¹⁷. TTK'nın koruma tedbirleri alma yükümlülüğüne ilişkin 1293. maddesinin sigorta ettiren aleyhine sözleşme ile değiştirilmesi de mümkün değildir. Aksi halde kanun hükümlerinin re'sen uygulanması söz konusu olur (TTK md. 1264/f.4).

Kanunun koruma tedbirleri dediği, rizikonun gerçekleşmesinden önce ve sonra ifası gereken görevlerin hemen sınırında zararı azaltma ve önleme görevi, hastalık sigortalarında, özellikle sigorta bedelinin ödenmesinin bir ön koşulu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür sigortada hastalık ya da yaralanma halini takiben hasta veya yaralının iyileşmesi için gerekli önlemlerin alınması ve özellikle tedaviye başlanması HSGŞ'de de şart koşulmuştur³¹⁸.

Bu noktada sigortalının, sigortacının tesbit ettiği doktorun kontrol ve tavsiyelerine uyma yükümlülüğü de bulunmaktadır. Sigortacının kazazedeyi veya hastayı kendinin belirlediği bir hekime muayene ettirmesi yalnızca kontrol amaçlıdır. Sigortacının hastaya, kendisinin belirlediği hekime tedavi olmasını dayatma gibi bir

³¹⁶ I. Ulaş, 2002, s. 214

³¹⁷ R. Kender, 2001, s. 217

³¹⁸ Bkz. HSGŞ md. 8 B

hakkı 'söz konusu değildir. Nitekim bu hasta haklarına da aykırıdır. Sigortacının hekimi, bilimsel ilkelere uygun olmak koşuluyla hastaya ya da kazazedeye sağlık durumunu olumlu yönde etkileyecek tavsiyelerde bulunabilir. Bu tavsiyelere uyulması şarttır. Aksi takdirde sigortacının izleyen süreçte kendisine ek maliyetler doğuracak giderleri ödememe hakkı doğacaktır³¹⁹.

Bu yükümlülüğün kasten yerine getirilmemesi sigorta haklarının kaybolmasına, kusurlu davranışla ihlali ise, zararın artmasının teminat dışı bırakılmasına ya da kusurun ağırlığına göre sigortacının ödemekle mükellef olduğu bedelin indirilmesine neden olacaktır³²⁰.

B) Sigortacının Yükümlülükleri

Hastalık sigortası sözleşmesi karşılıklı yükümlülükleri içeren iki tarafa borç yükleyen sözleşme türlerinden olduğundan, sigortacının da bu sözleşmeden doğan yükümlülükleri söz konusudur. Sigortacını başlıca yükümlülükleri; poliçe vermek, sır saklamak ve rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta bedelini ödemek olarak sıralanabilir. Hastalık sigortalarında alınan primlerde tasarruf unsuru bulunmadığından, hayat sigortalarında gördüğümüz poliçenin tenkisi veya iştirak kavramları ve uygulaması³²¹ bu tür sigortalarda bulunmamaktadır.

³¹⁹ E. Göçmen, IV, [http:// www.turkiye-klinikleri. com](http://www.turkiye-klinikleri.com), S.179, 24.05.2004

³²⁰ I. Ulaş, 2002, s. 228; H. Kubilay, 1999, s. 67

³²¹ Hayat sigortaları genellikle uzun süreli olduklarından, belli bir süre sonra sigorta ettirenin malî nedenlerle sigorta primlerini ödeyememesi halinde, bu tür sigortalarda

a-Poliçe Verme Yükümlülüğü

Sigorta sözleşmesinin kurulması geçerlilik yönünden herhangi bir şekle bağlı değildir. BK madde 11/f1’de belirtildiği üzere şekil şartı kanunda açıkça öngörülmemiştir. Dolayısıyla ile şekil, ancak bazı akitler için aranan bir muteberlik şartıdır³²². Ancak sigortacılık tatbikatında sigorta mukavelesinin *poliçe* adı verilen bir senede bağlanması teamül haline gelmiştir. Sigortacı tarafından teklifnamenin kabul edilmesinden sonra, sigortacı bu kabulü, usul hukuku bakımından bir kanıt belgesi olarak düzenleyerek sigorta ettirene vermektedir³²³.

sigorta ettirene bazı haklar tanınmaktadır. Bunlardan iştiraa ve ödünç para verilmesi hakları TTK’nın 1327. maddesinde düzenlenmiştir. Kanundaki şartların gerçekleşmesi ile kullanılabilir iştiraa (poliçenin satın alınması) hakkı doktrinde sigorta ettirenin sigorta sözleşmesine son vermek suretiyle, sigortacının nemalandırdığı meblağın kendisine verilmesini isteme hakkı ya da nemalandırılan meblağın peşinen ödenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu hakkını kullanmak istemeyen sigorta ettirenin bir diğer hakkı da, vadesi gelmiş olan primleri ödeyebilmek için sigorta poliçesi karşılığı sigortacıdan borç para isteyebilmesidir. Sigorta ettiren bu iki hakkını da kullanmak istemezse, sigorta prim ödenmesinden muaf sigorta haline gelir. Bu durumda azalan prim miktarına karşı, sigorta bedeli de indirilir. Buna sigortacılıkta “tenzil” denilmektedir (TTK md. 1326). Bkz. I. Ulaş, 2002, s. 119; R. Kender, 2001, s. 175; A. Bozer, 1981, s. 256; R. Atabek, 1950, s. 344 vd.

³²² K. Oğuzman/T. Öz, 1998, s.113 vd.; Kemal Oğuzman/Özer Seliçi, **Eşya Hukuku**, İstanbul 2002, s. 339-340

³²³ I. Ulaş, age., s. 69; R. Kender, age., s. 120

Sigorta poliçesinin hukuki mahiyeti, maddi hukuki yönünden değil, usul hukuku yönünden değerlendirilmelidir. Bu kapsamda poliçenin HUMK'un 288. maddesi hükmü çerçevesinde yazılı bir kanıt niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Medeni usul hukukunda senet bir delil, yani ispat vasıtasıdır, şeklidir. Bunu bir hukuki işlemin geçerlilik, yani sıhat şartı olan yazılı şekil ile karıştırmamak gerekir³²⁴.

Sigorta poliçesinin sadece sigortacı tarafından imzalanmasını yeterli gören ve *“Sigortacı, sigorta ettirene sigorta mukavelesi gereğince her iki tarafın haiz olduğu hak ve borçları gösteren ve kendi tarafından imza edilen bir sigorta poliçesi veya onun yerine geçmek üzere bir muvakkat sigorta ilmühaberini ekleriyle beraber vermeye mecburdur. Sigortacı istediği takdirde, sigortalı dahi poliçe veya ilmühaberin eklerinin bir örneğini imzalayarak sigortacıya vermekle mükelleftir.”* şeklinde kaleme alınan TTK'nın 1260. maddesi de sigorta sözleşmesinin poliçenin düzenlenmesinden önce karşılıklı ve birbirine uygun irade beyanları ile oluştuğunu göstermektedir³²⁵.

TTK'nın 1265. maddesinin 2. fıkrası, sigorta poliçesinin talep üzerine nama, emre ya da hamiline yazılı olarak düzenlenebileceğine ilişkin bir hüküm içermektedir. Bu hüküm gereği, maddi hukuk açısından da poliçenin hukuki maliyeti

³²⁴ B. Kuru, Hukuk Muhakemeleri Usulü, 6. Baskı, İstanbul 2001, s. 357

³²⁵ R. Kender, age., s. 120 vd; I. Ulaş, 2002, s. 70; R. Atabek, 1950, s. 326; S. Ünan, **Hayat Sigortası Sözleşmesi**, İstanbul 1998, s. 68

tartışmalıdır. Bu noktada poliçenin bir kıymetli evrak olup olmadığı önem kazanmaktadır³²⁶.

Sigorta anlaşmasının yazılı şekli olan, sigortacı ile sigortalının hak ve yükümlülüklerini gösteren sigorta poliçesinin TTK'nın 1266. ve 1324. maddelerindeki hususları içermesi gerekir. Bu hususlar şöyle sıralanabilir;

- Sigortacı ile sigortalının/sigorta ettirenin varsa çıkar sahibinin ismi adresi,
- Sigortanın konusu,
- Verilen güvenceler,
- Güvencenin başlangıç ve bitiş tarihleri,
- Sigorta bedeli,
- Prim tutarı ve ödeme koşulları,
- Düzenleme tarihi,

Poliçenin bu bilgiler ile düzenlenerek imzalanması ve “genel koşullar” ve varsa “özel koşullar” ile birlikte sigorta ettirene verilmesi gerekir³²⁷.

TTK'nın 1267. maddesi hükmü gereği, sigorta sözleşmesinin kurulması sonucu sigorta poliçesinin, sözleşme, sigorta şirketi veya sözleşme yapmaya yetkili acenta ile yapılmışsa yirmi dört saat; bir tellal yani sigorta aracısı olan prodüktör aracılığı ile yapılmış ise en geç on gün içinde sigorta ettirene verilmesi zorunludur³²⁸.

³²⁶ Doktrinsel nitelikli bu tartışmalar için, bkz. R. Kender, 2001, s. 125 ve dñn. 33

³²⁷ E. Güvel/A. Güvel, 2002, s. 81-82

³²⁸ I. Ulaş, 2002, s. 118, 224

Aksi halde sigorta ettiren, sigortacı veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan tellaldan, poliçe verme yükümlülüğüne aykırı davrandıkları için, bundan dolayı bir zarara uğramışsa tazminat isteme hakkına sahiptir³²⁹.

b-Sır Saklama Yükümlülüğü

Sigortacının sır saklama yükümlülüğü, HSGŞ’de, “*Sigortacı, sigorta ettiren /sigortalı hakkında öğrenebileceği sırların saklı tutulmasından doğacak zararlardan sorumludur.*” şeklinde kaleme alınmış ve aksine davranışın tazminatı gerektirdiği de hükme bağlanmıştır³³⁰.

Sigorta ettiren, sigorta sözleşmesinin kuruluş aşamasında sigortacı tarafından düzenlenen teklifnamede yer alan soruları cevaplandırırken, gerek özel hayat açısından, gerekse iş hayatı açısından başkalarının bilmemesi gereken bilgileri de sigortacıya bildirmektedir³³¹. Sigorta ettiren ile sigortacı arasında sözleşme kurulurken, sigortacının sigortalı hakkında öğrendiği bu bilgilerin gizliliğine özen gösterilmelidir. Özen gösterme borcu bu bilgileri bizzat açıklamama yükümlülüğü yanında başkalarının öğrenmesine engel olma yükümlülüğünü de içerir³³².

³²⁹ H. Kubilay, s. 68; H.Arseven, 1987, s. 132 vd.; A. Bozer, 1981, s. 57; R. Kender, 2001, s. 116 vd.

³³⁰ Bkz. HSGŞ md. 12

³³¹ I. Ulaş, 2002, s. 118, 226

³³² E.Göçmen, (III), S. 178, 17.05.2004, <http://www.turkiye-klinikleri.com>

TTK 20/f.2. uyarınca her tacirin ticaretine ait faaliyetlerinde basiretli bir iş adamı gibi hareket etmesi gerekir. Tacir, özellikle ticari işletmesi ile ilgili sözleşmeleri yaparken ve bu sözleşmelerden doğan borçlarını yerine getirirken (sigortacı da sigorta sözleşmesi yaparken ve bu sözleşmeden doğan borçlarını yerine getirirken) tacir olmanın bir sonucu gereği objektif bir özen ölçüsü içinde “basiretli bir iş adamı” gibi davranmak zorundadır³³³. Sigortacının görevi gereği öğrendiği bu sırları saklama yükümlülüğü bu anlamda TTK 20/f.2 ‘de öngörülen basiretli bir tacir gibi davranmadan kaynaklanan bir özen yükümlülüğüdür. Sigortacının bu yükümlülüğü, sigorta sözleşmesi devam ederken yerine getirilmesi zorunlu olan bir yükümlülük olduğu gibi; sözleşmenin herhangi bir şekilde sona ermesi halinde de devam etmektedir³³⁴.

c-Sigorta Bedelini Ödeme Yükümlülüğü

Sigorta bedeli, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının ödeyeceği, taraflarca kararlaştırılan ve sigorta poliçesinde gösterilen azami miktarı ifade eder³³⁵. Sigortacının amacı riziko gerçekleştiğinde sigorta ettirenin uğradığı ekonomik kaybı, sözleşme şartları çerçevesinde karşılama olduğundan, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta bedelinin ödenmesi sigortacının asıl ve önemli yükümlülüğüdür³³⁶.

³³³ S. Arkan, **Ticari İşletme Hukuku**, Yedinci Baskı, Ankara 2004, s. 132-134

³³⁴ I. Ulaş, 2002, s. 118, 226

³³⁵ R. Kender, 2001, s. 235

³³⁶ I. Ulaş, age., s. 226

aa- Sigorta Bedelinin Kapsamı

Hastalık sigortası sözleşmesinde sigorta bedeli, genel ve özel şartlar çerçevesinde belirlenen, sigortacının sorumlu olduğu rizikolarının kapsamından, yani sigorta teminatı kapsamından oluşmaktadır. Bu konu üzerinde “Hastalık Sigortasında Teminat Kapsamı ve Teminat Dışı Kalan Haller” başlığı altında durulduğundan burada tekrara girilmeyecektir³³⁷.

bb- Sigorta Bedelinin Nitelikleri

Daha önce de belirttiğimiz gibi hastalık sigortası, hem can sigortasının hem de mal sigortasının özelliklerini taşıyan karma nitelikli bir sigorta sözleşmesidir³³⁸. Tedavi giderleri bakımından tazminat sigortası ilkelerinin uygulanması ile sigortalının gerçekten sarf ettiği bedelin ödenmesi ile bu yöndeki zarar giderilir. Hastalık veya yaralanmanın sigortalının çalışma gücünü etkilemesi halinde ise poliçede gösterilen günlük ücret karşılığı, bir meblağ sigortası şeklinde karşılanacaktır³³⁹.

Tedavi giderleri açısından sigortacı, sigortalının yaralanması ya da hastalanması sonucu tedavi amacı ile yapılacak tüm giderleri sigorta poliçesinde

³³⁷ Bkz. İkinci Bölüm, “Hastalık Sigortasında Teminat Kapsamı ve Teminat Dışı Kalan Haller” s. 46 vd., 64 vd.

³³⁸ Bkz. Üçüncü Bölüm, “Hastalık Sigortalarının Mal ve Can Sigortalarıyla Olan İlişkisi”, s. 87

³³⁹ R. Atabek, 1950, s. 401-403

gösterilen limitlerle sınırlı olmak üzere ve fakat gerçekten yapılmışsa karşılar³⁴⁰. Tedavi giderleri açısından tazminat sigortası ilkeleri geçerli olduğundan, ödenecek tutar sigorta edilen çıkarın değeri (sigorta değeri) ya da poliçede yazılı tutar (sigorta bedeli) değildir. Burada ilk olarak sözleşme hükümlerine göre sigortalının maruz kaldığı zarar miktarı belirlenir. Ardından sözleşme hükümleri dahilindeki limitler çerçevesinde meydana gelen zarar yani sadece rizikonun yol açtığı somut zarar karşılanır³⁴¹.

Meblağ sigortası ilkelerine tâbi olan gündelik tazminatlarda da sigortacı, hastalık veya yaralanma halinde işten kalan sigortalıya, poliçede belirtilen miktarı gündelik hesabı ile ve fakat gün sayısı bakımından poliçe de öngörülen süre ile sınırlı olmak üzere limit çerçevesinde ödemek zorundadır. Gündelik tazminatlarda, ödeme yapılacak gün sayısı yaralanmanın veya hastalığın seyir ve şekline göre tesbit edileceğinden bu husus itiraz ve tartışma konusu olabilir. Ancak gündelik miktar poliçede belirtileceğinden sigortacının bunu tartışma konusu yapması mümkün değildir³⁴². Burada sigortacının ödeyeceği tazminat miktarı sigorta sözleşmesinde “götürü” olarak belirlenmiştir. Meblağ sigortasında amaç belirli bir zararın tazmini değil, belirli bir paranın elde edilmesidir³⁴³.

³⁴⁰ I. Ulaş, 2002, s. 227

³⁴¹ E. Güvel/A. Güvel, 2002, s. 103

³⁴² I. Ulaş, age., s. 227

³⁴³ E. Güvel/A. Güvel, age., s. 105

cc- Sigorta Bedelinin Ödenmesinin Ön Koşulları

Sigorta bedelinin ödenebilmesi için sigorta ettiren tarafından bazı ön koşulların yerine getirilmesi gerekir. Bunlar;

i-Rizikonun İhbarı

Sigorta ettirenin ihbar külfetleri konusunda daha önce incelediğimiz³⁴⁴ bu tür ihbarın, sigorta ettiren tarafından veya sigorta ettiren ile sigortalı farklı kişiler ise sigortalı tarafından, rizikonun gerçekleştiğinin öğrenilmesi veya her halükarda haber vermeye muktedir olduğu tarihten itibaren 8 gün içinde gerçekleştirilmesi gerekir³⁴⁵.

ii-Riziko Halinde Gerekli Önlemlerin Alınması

Hastalık sigortalarında kaza veya hastalığı takiben derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır. Bu noktada sigortalının, sigortacının hekimi tarafından yapılacak kontrollere hastalık ya da kaza sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyma yükümlülüğü de mevcuttur³⁴⁶.

³⁴⁴ Bkz., Dördüncü Bölüm, “ Sigorta Ettirenin veya Sigortalının Rizikonun Gerçekleşmesinden Sonraki İhbar Külfeti”, s. 137 vd.

³⁴⁵ Bkz. HSGŞ md. 8 A

³⁴⁶ Bkz. HSGŞ md. 8 B

Sigortalı, kaza geçirmesi veya hasta olması durumunda derhal tedaviye başlamak üzere bir sağlık kuruluşuna başvurmak zorundadır. Mevcut durumun daha da kötüleşmesinin sorumluluğu sigortacıya ait olmayacaktır. Örneğin, şeker hastalığı olan bir sigortalının uğradığı küçük bir kazanın neden olduğu yarayı tedavi ettirmemesi ilerde çok yüksek tedavi maliyetleri gerektiren durumların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunda sigortacının sorumluluğu olmadığından, sigortacı, daha sonradan sigortalının uğrayacağı daha büyük zararları ödemeyi reddedebilir³⁴⁷.

Bu yükümlülüğünün kasten yerine getirilmemesi halinde sigorta haklarının kaybolması, kusurlu davranışta ise zararın artmasının teminat dışı kalması söz konusudur³⁴⁸.

iii-Belgelerin Sigortacıya Teslimi

Sigorta ettiren, sigortalı veya hak sahipleri ihbar ve önlem alma yükümlülüklerini yerine getirdikten sonra, kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüphe ettirmeyecek suretlerini, tedaviyi yapan hekim ya da hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle

³⁴⁷ E. Göçmen, IV, <http://www.turkiye-klinikleri.com>, S. 179, 24.05.2004

³⁴⁸ Bkz. HSGŞ md. 8 B/ a-b

yükümlüdür. Nitekim, sigortacının yapacağı ödemeler bu belgelere dayanarak gerçekleştirilebilecektir³⁴⁹.

dd- Sigorta Bedelinin Saptanması ve Ödenmesi

Muaccel hale gelen sigorta bedelinin ödenmesi sigortacının temel yükümlülüğünü oluşturmaktadır. Sigorta bedelinin ödenmesi için gerekli belgeler sigortacıya verildikten sonra sigortacı, tedavi giderlerini belirler ve sigortalıya ödenecek bedel konusunda bir öneride bulunur. Tarafların bu öneri üzerinde uyuşması ile birlikte sigorta bedeli o andan itibaren muaccel hale gelir. Sigortacının, sigorta bedelini ödemedede gecikmesi halinde sigortalının temerrüt faizi isteyebilmesi için, sigorta bedelinin, rizikonun gerçekleştiği ihbarının gerekli tüm belgelerle birlikte yapılmasını müteakip, TTK'nın 1332. maddesindeki beş günlük süre zarfında ödenmemesi gerekir³⁵⁰.

Taraflar sigorta bedeli miktarı üzerinde anlaşamadıkları takdirde HSGŞ çerçevesinde masraf miktarının varsa öncelikle hekimlerin meslek kuruluşları tarafından, yoksa hakem-bilirkişi müessesesi diye adlandırılan kişiler tarafından tesbit edilmesi söz konusudur³⁵¹. Esasen hakem-bilirkişi müessesesi mal sigortalarına

³⁴⁹ Bkz. HSGŞ md. 8 C

³⁵⁰ I. Ulaş, 2002, s. 228-229

³⁵¹ Bkz. HSGŞ md. 9

ilişkin bir kavramdır. Hastalık sigortası bünyesinde kısmen mal sigortası ilkeleri bulunduğundan bu tür sigortada da bu müesseseye yer verilmiştir³⁵².

Hakem-bilirkişiler, HUMK'un 516. ve onu izleyen maddelerinde düzenlenen³⁵³ hakem niteliğinde olmayıp, kararları da hakem kararı niteliğinde değildir. Hakem-bilirkişi müessesesi münhasır delil sözleşmesinin en önemli örneğidir. "Münhasır delil sözleşmesi, bir davanın, taraflarının (dava açısından önce veya sonra) bir hususun (vakıanın, hukuki işlemin) yalnız belli bir veya birden çok delil ile isbat edileceği hakkında yaptıkları sözleşme³⁵⁴ olarak tanımlanabilir. Hakem-bilirkişi sözleşmesi ile taraflar, aralarındaki belli bir uyuşmazlık konusunun miktarının veya niteliklerinin belirli kişiler veya kurullar (hakem-bilirkişiler) tarafından tesbit edileceğini ve hakem-bilirkişilerce yapılacak tesbiti kabul edeceklerini kararlaştırmaktadırlar³⁵⁵.

Hakem -bilirkişi müessesesinin seçiminde şu prosedür izlenir; Taraflar uzman bir hakem-bilirkişi seçimi için anlaşabilirlerse sigorta bedeli bu kişi tarafından belirlenir. Taraflar bir tek kişi üzerinde anlaşamazlar ise, her bir taraf kendi hakem-bilirkişisini seçer ve diğerine bildirir; ayrıca 7 gün içinde tarafsız üçüncü bir hakem-bilirkişi seçilir. Taraflardan herhangi biri kendi hakem-bilirkişisini on beş gün içinde

³⁵² I. Ulaş, 2002, s. 228-229

³⁵³ Kuru /Arslan /Yılmaz, **Medeni Usul Hukuku**, 11 Baskı, Ankara 1999, s. 724 vd.

³⁵⁴ B. Kuru, **Hukuk Muhakemeleri Usulü El Kitabı**, Genişletilmiş ve Yenilenmiş 4. Baskı, İstanbul 1995, s. 519

³⁵⁵ Kuru /Arslan /Yılmaz, age., s. 422

seçemez ya da taraflar üçüncü hakem-bilirkişi seçiminde anlaşılamazlar ise bu seçim talep üzerine tedavinin yapıldığı yer ticaret mahkemesi başkanı tarafından gerçekleştirilir³⁵⁶. Ticaret Mahkemesi bulunmayan yerlerde bu görevi Asliye Hukuk Mahkemesi hakimi yapar³⁵⁷.

Hakem-bilirkişinin ölmesi, çekilmesi veya yedi gün içinde uzmanlığına itiraz edilmesi halinde yerine aynı prosedüre uygun olarak yenisi seçilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez³⁵⁸.

Taraf hakem bilirkişilerin (ister tek hakem bilirkişi olsun, ister uyuşmazlık halinde oluşturulan hakem-bilirkişi kurulu olsun) sigorta bedeli konusunda uzlaşmaya varmaları ile sigorta bedeli bu şekilde ortaya çıkmış olur. Bu karar kesin olmakla birlikte, tarafları bağlar³⁵⁹. Hakem-bilirkişi prosedürü yolu ile saptanan sigorta bedeli bu kararla muaccel hale gelir ve bu tarihten itibaren zamanaşımı süresi de işlemeye başlar³⁶⁰.

Hakem-bilirkişi kararı kesin olmakla birlikte, hakem bilirkişilerce saptanan kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise, yani sigorta bedeli açıkça gerçek durumdan önemli bir şekilde farklı ise, bu kararlar itiraz

³⁵⁶ Bkz. HSGŞ md. 9

³⁵⁷ S. Arkan, 2004, s. 90 vd.

³⁵⁸ Bkz. HSGŞ md. 9

³⁵⁹ Bkz. HSGŞ md. 9/f

³⁶⁰ Bkz. HSGŞ md. 9/g

konusu yapılabilir³⁶¹. İtiraz, raporun tebliğ tarihinden itibaren yedi gün içinde tedavi yapılan yerdeki Ticaret Mahkemesine (o yerde Ticaret Mahkemesi yok ise, yerine o yerdeki Asli Hukuk Mahkemesine) yapılır. Bu itiraz mahkemece genel hükümlere göre ve gerekirse bilirkişi yolu ile incelenir ve sigorta bedeli yargı yolu ile belirlenerek, sorun çözümlenmiş olur. Rizikonun teminat kapsamına girip girmediği konusunda bir uyuşmazlık çıkması halinde, bu uyuşmazlığın yargı yolu ile çözümlenmeye çalışılması durumunda, ödenmesi gereken sigorta bedelinin de hakem-bilirkişi prosedürüne gidilmeden yargısal yoldan çözümlenmesi gerekir³⁶².

Hakem-bilirkişilerin görev alanı, hastalık sigortasının mal sigortasına ilişkin bölümü ile yani tedavi giderleri veya işten kalma süresi ile sınırlıdır.

Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını kendileri öderken; üçüncü hakem-bilirkişilerin ücret ve giderleri taraflarca yarı yarıya paylaşılarak ödenir³⁶³.

Sigorta bedeli ister taraflarca uyuşma yolu ile saptansın, istenirse hakem-bilirkişi prosedürü ile saptansın, her iki şekilde de bu saptama ile sigorta bedeli muaccel hale gelir.

³⁶¹ Bkz. HSGŞ md. 9/f

³⁶² I. Ulaş, 2002, s. 230

³⁶³ Bkz. HSGŞ md. 9/h

Sigorta ettirenin birden fazla sigorta yaptırdığı ve sigorta bedelinin içinde tedavi giderlerinin mevcut olduğu bir hastalık sigortasında ve bu sigortanın sigorta bedelinde mal sigortalarına ilişkin ilkeler uygulanması gerektiğinden, TTK'nın 1285. maddesindeki müşterek sigorta uygulaması gereği, tedavi giderleri sigortacılar arasında sigorta teminatları oranında paylaşılır³⁶⁴.

Sigortacının sigorta bedelini ödemesinde ortaya çıkabilecek bir diğer sorun da, sigortacının temerrüde düşmesi halinde, ödeme anında sigortalının temerrüt faizini aşan bir zararın olması durumunda, bunun talep edilip edilemeyeceğidir. BK'nın 105. maddesinde yer alan şartların gerçekleşmesi halinde, sigortalının bu talebi kabul edilebilmektedir. Bunun için alacaklının temerrüt faizini aşan zararının bulunduğunu ve temerrüt ile bu zarar arasında illiyet bağı olduğunu ispat etmesi gerekir. Ayrıca, borçlu sigorta şirketinin de temerrüde düşmekte kusursuzluğunu ispat edememiş olması gerekir³⁶⁵.

4- SİGORTACININ HALEFİYET HAKKI

Tazminat sigortalarının önemli bir ilkesi sigortacının, sigorta ettiren yerine geçerek oluşan zararlardan dolayı sorumlu üçüncü kişilere karşı dava açmasıdır. Bu hak mal sigortalarında TTK'nın 1301. maddesinde düzenlenmişken can sigortalarında ilke olarak ardıllık prensibi uygulanmamaktadır. Hastalık

³⁶⁴ Bkz. HSGŞ md. 11; I. Ulaş, 2002, s. 234

³⁶⁵ R. Kender, 2001, s. 58

sigortalarında ardıllık (halefiyet) ilkesi, özellikle hastalık ve kaza giderleri açısından önem taşımaktadır³⁶⁶.

İsviçre-Türk Hukuk sisteminde halefiyet kanunidir, yani ancak kanunun öngördüğü durumlarda söz konusudur. Borçlar hukukundaki kanuni halefiyet halleri dışında sigorta hukukunda yer alan kanuni halefiyet, tazmin ilkesinin olmazsa olmaz unsurları olan gerçek zararın tazmini prensibi ve haksız zenginleşme yasağının bir sonucudur. Kanunun sigortacıya halefiyet hakkı tanıdığı belirli durumlarda, sigortacının, ödenen tazminat oranında ve sigorta tazminatının ödendiği andan itibaren, sigortalının yerine geçip, sigortalının aynı zarardan dolayı üçüncü kişilere karşı sahip olduğu dava hakkına, ödeme oranında halef olması durumu söz konusudur³⁶⁷.

Hastalık sigortası bakımından tedavi giderleri olarak yapılan ödemeler, gerçek zararı karşılamak amacını gütmektedir. Bunun doğal sonucu mal sigortası ilkelerinin geçerli olması ve ardılıktan kaynaklanan geri alma hakkının hastalık sigortasında da uygulanması gerekliliğidir. HSGŞ de bu yolda bir düzenleme içermektedir. Buna göre, sigortacı, ödediği tedavi giderleri dolayısı ile sorumlu

³⁶⁶ Çağrı Bağatur, “*Can Sigortalarında Sigortacının Yasal Ardıllığı*”, Prof. Dr. Faruk Erem Armağanı TBB. Yayın No. 8, Ankara 1999, s. 67-68

³⁶⁷ Fahiman Tekil, “Sigorta Hukukunda Tazmin İlkesi ve Rücu Hakkı”, Prof. Dr. Ali Bozer’e Armağan, Ankara 1998, s. 113 vd.

üçüncü kişilere karşı ödediği tutarla sınırlı olmak üzere sigortalının yerine geçmektedir³⁶⁸.

Yargıtay uygulamasında da, hastalık sigortasında halefiyet hakkı kabul edilmiş ve bu doğrultuda çeşitli kararlar verilmiştir³⁶⁹.

³⁶⁸ Bkz. HSGŞ md. 10

³⁶⁹ Özel Daire'de, 16.2.1995 gün ve 1994/7663-1995/1254 sayılı kararında bu tür sigortada sigortacının halefiyet hakkı kabul edilmiş ve davanın halef olunan sigortalı ile zarar sorumlusu arasındaki hukuki ilişkiye göre çözümlenmesi gerektiği şu biçimde açıklanmıştır. «*Davacı, hastalık sigortasına dayanarak Türkiye'de olan trafik kazasında yaralanan sigortalısına ödediği tazminatın bu dava ile davalılardan rücu tahsilini talep ve dava etmiştir. Davacının halef olduğu sigortalı, davalılardan Kadir Altundağ'a ait otobüste diğer davalı şirketten aldığı biletle yolculuk yaparken kaza meydana geldiğine göre, bu davanın taşıma akdine dayalı bir tazminat davası olarak görülerek çözümlenmesi gerekir. TTK'nın 806. maddesi uyarınca taşıyıcı yolcusunu sağ ve salim olarak varış mahalline götürmekle yükümlü olup bu sırada oluşacak zararlardan davalı Pamaş A.Ş. taşıyıcı sıfatı ile araç sahibi Kadir ise, hem bu sıfatla hem de işleten sıfatı ile davacıya karşı sorumlu bulunmaktadırlar. 3. kişinin kazanın meydana gelişindeki ortak kusuru müteselsil sorumluluk esasına göre açılan bu davada, davalıların sorumluluğunu azaltan bir neden olarak kabul edilmesi doğru görülmediği gibi davalı Kadir hakkındaki davanın da tamamen reddi isabetli görülmediğinden davacı vekilinin temyiz itirazlarının kabulü ile hükmün davacı yararına bozulmasına karar vermek gerekmiştir.*» Özel Daire, daha yeni tarihli 2.7.2001 gün ve 2001/3702-5993 sayılı bir başka kararında da sağlık sigortası nedeniyle gerçekleştirilen tedavi giderleri bakımından sigortacının halefiyete dayalı rücu hakkı bulunduğunu kabul edilmiştir. Özel Daire'nin 10.4.2000 gün ve 2000/2016-2843 sayılı kararında da sigorta şirketince, sağlık sigortası kapsamında sigortalısına ödenen hastane tedavi giderlerinin, hastanece abartılı olarak gösterildiğinin belirlenmesi halinde, sigortacının, fazla ödenen tedavi giderleri

Bilimsel alanda da hastalık sigortalarında, gerek tedavi gerekse bakım giderleri açısından, sigortacının halefiyet hakkı bulunduğu kabul edilmektedir³⁷⁰.

Kara sigortaları bakımından sigortacının halefiyetini düzenleyen 1301. maddede, sigortacının halefiyeti için iki şart öngörülmektedir. Bunlardan ilki, rizikonun gerçekleşmesinden doğan zararlar için sigorta ettirenin üçüncü şahıslara karşı tazminat talebi hakkına sahip olmasıdır. Buradaki üçüncü şahıs, sigortalı ve sigorta ettiren dışındaki herhangi bir kişidir. Bu hakkın hangi hukuki sebepten doğacağı da önemli değildir. İkinci olarak, sigortacı, sigorta tazminatını ödemiş olmalıdır. Nitekim sigortacının halefiyeti, ödediği sigorta bedeli nisbetindedir. Sigorta tazminatı miktarı dışında kalan kısım için sigorta ettiren hak sahibi olmaya devam eder. Öte taraftan, sigorta tazminatının sigortacı tarafından geçerli bir sigorta sözleşmesinin hükümlerine dayanılarak ödenmiş olması gerekir. Geçerli olmayan bir sigorta sözleşmesine dayanılarak yapılan ya da sigorta himayesi kapsamında bulunmayan bir zarar için yapılan sigorta tazminatı ödemesi için TTK'nın 1301. maddesine dayanılarak halefiyet iddiasında bulunulamaz. Bu halde sigortacı ya

bakımından hastaneye karşı (rücu davası niteliğinde olması bile) genel hükümlere göre dava açabileceği kabul edilmiştir. (Konuyla ilgili kararların detayları için bkz. I. Ulaş, 2002, s. 234-235-236)

³⁷⁰ M.K. Omağ, **Türk Hukukunda Sigortacının Kanuni Halefiyeti**, İstanbul 1983, s. 102; Reşat Atabek, “Zarar Görenin Doğrudan Doğruya Sigortacıya Müracaat Hakkı”, **Batider**, 1971, C.VI., S. 1, s. 111

sebepsiz zenginleşme hükümlerine dayanmalıdır ya da borçtan sorumlu olmayan bir üçüncü kişi sıfatı³⁷¹ ile zarar sorumlusunun borcunu ifa etmiş olmalıdır³⁷².

TTK'nın 1301. maddesi, sigortacı ile sigortalı arasındaki ilişkiler yönünden emredicilik niteliğine sahip olduğundan, sigortalı ile zarar veren tazminat borçlusu sözleşme özgürlüğünün genel sınırları içinde hukuki ilişkiye girebilirler. Bu durumda, halefiyet gerçekleşmezden evvel sigortalının zarar veren üçüncü kişi ile yaptığı ve müracaat hakkını sona erdiren işlemleri geçerli olacaktır³⁷³. Öte taraftan halefiyet gerçekleştikten sonra sigortalının bütün hakları halefe (sigortacıya) geçeceğinden, sigortalının artık bu haklar üzerinde herhangi bir tasarrufta bulunması mümkün olmayacaktır³⁷⁴. Sigortalının, tazminat ödenmeden, tazminat borçlusuyla borcu sona erdiren bir anlaşma yapmış olması hali TTK md. 1301/f.2 gereğince sorumlu tutulması sonucunu doğuracaktır. Çünkü bu hüküm gereği sigortalının, sigortacının üçüncü şahsa karşı davasını gerektiği gibi takip edebilmesi ve sonuçlandırabilmesini teminen gerekli tüm imkanları sağlama yükümlülüğü vardır.

³⁷¹ Bu durumda sigortacı ya zarar görenin zarar sorumlusuna karşı olan tazminat talebi hakkının kendisine temlikini sağlayarak zarar sorumlusuna BK. md 162 gereği rücu edebilecek ya da BK md. 109/f.2'deki halefiyetten yararlanabilecektir. (Bu konu hakkında daha fazla bilgi için bkz. M. K. Omağ, 1983, s. 81 vd.)

³⁷² R. Kender, 2001, s. 263,264,265; H. Kubilay, 1999, s. 118

³⁷³ Mehmet Emin Bilge, "Sigorta Tazminatını Alan Sigortalının Zarar Veren Üçüncü Şahısla Yaptığı İşlemlerin Sigortacının Halefiyeti Üzerindeki Etkisi ve Yargıtay Uygulaması", **Hayri Domaniç'e 80. Yaş Günü Armağanı**, İstanbul 2001, C. I, s. 70, 71

³⁷⁴ Tekinay/Akman/Burcuğolu/Altop; **Tekinay Borçlar Hukuku**, Genel Hükümler, 6. Bası, İstanbul 1988, s. 284, M.K. Omağ, age., s. 125

Sigorta ettiren şahsın, kanuni halefiyet yoluyla sigortacıya geçen hakları ihlal edecek bir davranışta bulunması -örneğin, sigorta ettirenin zarar vereni ibra etmesi- durumunda sigortacıya karşı sorumlu olması kabul edilmiştir³⁷⁵. Ayrıca sigortalı, halefiyet yolu ile sigortacıya geçen hakların gereği gibi kullanılmasını sağlayacak belgeleri, isbat vasıtalarını ve bilgileri de sigortacıya vermek zorundadır.

Yargıtay uygulamasına baktığımızda ise, bir takım kararlarda, halefiyetin gerçekleşmesine rağmen, bu ödemeden sonra sigorta ettirenin zarar failini ibra etmesine ya da bu kimseye karşı dava açmasına imkan tanınmış olduğu görülmektedir³⁷⁶.

Halefiyet gerçekleştikten sonra yani sigortalının, sigorta tazminatını aldıktan sonra, borçlunun (zarar verenin) iyi niyetle eski alacaklıya (sigortalıya) ödemede bulunması halinde ise, BK md. 167’de yer alan hükmün kıyasen uygulanması hakkaniyete uygun bir çözüm olur. Bu hükme göre borçlunun iyi niyetle, temlik

³⁷⁵ Bkz. TTK. md 1301/f.2 ve 1361/f.3

³⁷⁶ Bu kararlardan birine göre, “*Sigortacıdan sigorta bedelini aldıktan sonra sigorta ettirenin üçüncü kişiyi ibra etmesi ne ise, söz konusu zarardan dolayı üçüncü şahıs aleyhine dava açması hali de sigortacı yönünden aynıdır. Her iki halde de sigortacı rücu hakkını kullanmaz hale gelmiştir*”. Y. 11.H.D. 12.4.1979 tarih ve E. 1979/1393, K. 1979/1954 (YKD., 1981, S.3, s. 319). Yargıtay’ın sigorta tazminatı alındıktan sonra yapılan ibrayı geçerli saydığı başka kararları için bkz. T.D. 16.5.1963 tarih, E. 62/5519, K. 63/2180 (Ali Bozer, “*Sigortacının Rücu Hakkı*”, **Batider**, 1964, C. II, S. 3, s. 477 vd.), Yargıtay 11. HD. 4.3.1986 tarih, E. 1986/1010, K. 1986/117 (R.Kender s. 207, dpn. 260b) Yargıtay’ın bu konudaki son bir kararı için, bkz. Y. 11. HD. 11.5.2000 tarih, E. 2000/2980, k. 2000/4071 (YKD. 2000, S. 9, s. 1376 vd.)

edene yani eski alacaklıya ödemede bulunması borcu sona erdirecektir. Sigortacı, zarar verenin iyi niyetini bertaraf edebilirse, zarar veren sigortacıya da ödemede bulunmak zorunda kalacaktır. Bu halde iki kez ödemede bulunmuş olan zarar verenin sigortalıya karşı sebepsiz zenginleşme hükümlerine dayanması mümkündür. Sigortacı zarar verenin kötü niyetini ortaya koyamazsa TTK md. 1301/f.2 hükmüne dayanarak zararın tazminini sigortalıdan isteyebilir³⁷⁷.

Sigortacı, sigorta ettirenin haklarına halef olduğu takdirde bu haklara ilişkin zamanaşımı süreleri³⁷⁸ sigortacı içinde geçerlidir³⁷⁹.

Sigortacının halefiyetinde, sigortacıya geçen hakkın zamanaşımı, sigorta ettiren için başladığı tarihten itibaren başlar³⁸⁰. Halefiyet sigortacının sigorta bedelini sigorta ettiren şahsa ödediği tarihte meydana geldiğine göre buna dayanan talep hakkının, daha önce başlayan bir zamanaşımına tâbi tutulması haksız görülse de; sigorta ettiren şahsın sahip olduğu hak aynen sigortacıya intikal edeceğinden, mezkûr hak için başlayan zamanaşımı süresi de sanki hiç değişmemiş gibi işlemeye devam

³⁷⁷ M. E. Bilge, 2001, s. 82, 83

³⁷⁸ Yargıtay 11. HD. 11.6.1998 tarih ve E. 98/2684, K. 1998/4373 sayılı kararında; “Halefiyete istinaden, sigortacı tarafından açılan rücu davası, sigortalı ile zarardan sorumlu olan şahıs arasındaki ilişkinin tâbi olduğu zamanaşımı süresine tâbidir.” sonucuna varmıştır. (Batider, 1998, C:XIX, S:3, s. 208-209)

³⁷⁹ H. Kubilay, 1999, s. 119

³⁸⁰ Bu konudaki tartışmalar için, bkz. S. Akyazar, “Banka ve Sigorta Hukukunu İlgilendiren İki Önemli İçtihat Üzerine İncelemeler ve Eleştirmeler”, (Sigortacının Rücu Hakkının Tabî Olduğu Zamanaşımı ve Bunun Başlangıcı), **İmran Öktem’e Armağan**, Ankara 1970

edecektir³⁸¹. Yargıtay'ın çeşitli kararlarında da bu noktaya dair isabetli kararlar yer almaktadır³⁸².

Halefiyet yoluyla açılacak davalarda da, sigorta ettiren ile zarardan sorumlu olan şahıs arasındaki hukuki ilişki bakımından yetkili ve görevli olan mahkeme, yetkili ve görevlidir³⁸³. Yargıtay da eskiden beri bu yolda içtihad etmektedir³⁸⁴.

5- ZAMANAŞIMI

Hastalık sigortası dolayısıyla kanunda özel bir zamanaşımı süresi öngörülmemiştir. Ancak genel hükümler faslında yer alan TTK'nın 1268. maddesinin hem mal hem de hayat ve kaza (ve hastalık) sigortalarında uygulanması benimsenmiştir. 1268. madde sadece sigorta bedeline ilişkin zamanaşımı süresini düzenlemeyip, aynı zamanda sebepsiz yere ödenmiş olan prim veya sigorta bedeli alacakları da dahil olmak üzere sigorta sözleşmesinden doğabilecek tüm hak taleplerini karşılayacak şekilde düzenlenmiş ve zamanaşımı süresi de iki yıl olarak belirlenmiştir³⁸⁵. HSGŞ'de de bu durum, “sigorta sözleşmesinden doğan bütün

³⁸¹ R. Kender, 2001, s. 267

³⁸² Yargıtay Hukuk Bölümü İctihadı Birleştirme Genel Kurul Kararı, tarih:17.1.1972, Esas 1970/2, Karar 1972/1 (Resmi Gazete: 20 Mart 1972 tarih ve 14134 sayı.)

³⁸³ R. Kender, age., s. 268; H. Kubilay, 1999, s. 119

³⁸⁴ Örnek Yargıtay kararları için, bkz. R. Kender, age., s. 268, dñn. 258

³⁸⁵ I. Ulaş, 2002, s. 143, 236

istemler iki yıllık zamanaşımına tâbidir.” şeklinde düzenlenmiş ve TTK md. 1268 ile paralellik sağlanmıştır³⁸⁶.

Ancak TTK’nın 1268. maddesinde zamanaşımı süresinin ne zaman işlemeye başlayacağına dair bir düzenleme bulunmamaktadır. Öte yandan BK’nın 128. maddesinde, zamanaşımının alacağın muaccel olduğu tarihten, talebin ihbarla muacceliyet kazanacağı hallerde ise ihbarın yapılabileceği andan itibaren başlayacağı düzenlenmiştir³⁸⁷. Bu hüküm karşısında iki yıllık zamanaşımı süresinin alacağın muaccel olduğu tarihten itibaren başlayacağını kabul etmek gerekir³⁸⁸.

Hastalık sigortalarında sigorta bedelinin muacceliyeti, tarafların ödenecek sigorta bedeli konusunda uzlaşıp uzlaşmadıklarına göre farklılık gösterir.

Taraflar ödenecek sigorta bedeli konusunda uyuşurlarsa sigorta bedeli bu andan itibaren muaccel hale geleceğinden, iki yıllık zamanaşımı süresinin de bu tarihten itibaren başlaması gerekir³⁸⁹.

Tarafların tazminat miktarı hususunda anlaşamamaları halinde ise zamanaşımı, hakem-bilirkişi kararının kesin raporunun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamayacaktır. Nitekim bu halde sigorta bedeli ancak hakem-

³⁸⁶ Bkz. HSGŞ md. 15

³⁸⁷ Oğuzman/Öz, 1998, s. 445 vd.

³⁸⁸ I. Ulaş, 2002, s. 144

³⁸⁹ I. Ulaş, age., s. 237

bilirkişi kararı ile muaccel hale gelecektir³⁹⁰. Ancak hakem-bilirkişi tayini ile TTK'nın 1292. maddesindeki ihbar müddeti arasında iki yıllık süre geçmemiş olmalıdır³⁹¹. Yatrgıtay'ın da bu husustaki görüşü genelde bu yöndedir³⁹².

Ticari işlere ilişkin olarak kanunlarda öngörülen zamanaşımı sürelerinde değişiklik yapılamaz. Bu husus TTK md 6'da, "Kanunda aksine hüküm olmadıkça ticari hükümler koyan kanunlarla tayin olunan müruruzaman müddetleri mukavele ile değiştirilemez." şeklinde ifade olunmuştur³⁹³. TTK'nın 1268. maddesinde yer alan iki yıllık zamanaşımı süresi de ticari nitelikli bir hüküm olduğundan 6. maddedeki emredici nitelikteki düzenleme karşısında sözleşme ile değiştirilmesi mümkün değildir³⁹⁴.

³⁹⁰ Bkz. HSGŞ md. 9-g

³⁹¹ R. Kender, 2001, s. 259

³⁹² Y. TD. 24.4.1969 tarih, E. 68/66, K. 69/2058 sayılı kararında bu esası kabul ederek, durumu şöyle izah etmiştir. "... Her ne kadar sigorta poliçesinin 5. maddesinin 3 no.lu bendinde ziya ve hasar miktarı taraflar arasında uyuşularak veya tahkim yoluyla tesbit olunmadıkça sigortacıdan tazminat ödenmesi için bir gûna mütalebede bulunulamayacağı yazılı olup da bir dava şartı olarak kabul edilebilirse de bu tesbit işleminin iki yıllık zamanaşımı süresi içinde yapılması gerekir."Bkz. R. Kender, age., s. 259, dpn. 248

³⁹³ S. Arkan, 2004, s. 83-84

³⁹⁴ I. Ulaş, 2002, s. 145

6- HASTALIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ

Hastalık sigortası sözleşmesi de diğer sözleşmeler gibi belirli bir süre yürürlükte kalıp, daha sonra çeşitli nedenlerle sona erer. Hastalık sigortası esas itibariyle bir can (hayat) sigortası sözleşmesi türü olduğundan, hayat sigortası sözleşmesini sona erdiren sebepler ilke olarak hastalık sigortasında da aynı sonucu doğuracaktır. Bu haller; sözleşme süresinin sona ermesi, sigorta konusunun ortadan kalkması, rizikonun gerçekleşmesi, fesih hakkının kullanılması ve sigortacının iflası olarak sıralanabilir³⁹⁵.

A) Sözleşme Süresinin Sona Ermesi

Hastalık sigortası süresi sözleşmede yani poliçede gösterilen sürenin bitimiyle sona erer. HSGŞ'de sigortanın başlama ve bitim tarihlerinin belirtilmesi gerektiği ifade edilmiş ve aksi kararlaştırılmadıkça sigorta sözleşmesinin Türkiye saati ile öğleyin saat on ikide başlayacağı ve bitiminin de yine o günün öğleyin saat on ikide gerçekleşeceği hükme bağlanmıştır³⁹⁶. Hastalık sigortaları genelde bir yıl süreli yapılmaktadır. Ancak süresi sona eren bir hastalık sigortası sözleşmesi tarafların anlaşmaları ile süresi uzatılarak devam ettirilebilir. Böyle bir durumda zeyilname

³⁹⁵ I. Ulaş, age., s. 137, 237

³⁹⁶ Bkz. HSGŞ md. 4

veya tecditname isimleriyle anılan belgeler düzenlenerek³⁹⁷ sözleşmenin devamı sağlanmalıdır³⁹⁸.

Birbirini takip eden tarihlerde ayrı ayrı düzenlenen poliçelerde ise eğer taraflar arasında başka bir anlaşma yoksa, ayrı sigorta sözleşmeleri kurulmuş sayılır. Yargıtay uygulaması da, son kararlarında bu sonuca yönelmiş ve ikinci poliçe

³⁹⁷ İkinci dönem sigortasının ilk sigortanın devamı olduğunun, yeni düzenlenecek poliçe veya zeyilnamede gösterilmesi gerektiğini Özel Daire, 18.9.2000 gün ve 2000/5930-6713 sayılı kararında şu biçimde belirlemiştir. "*Dava, can sigortaları kapsamında olan, hastalık sigortası çerçevesinde tazminat istemine ilişkindir. TTK'nun 1324. maddesi göndermesiyle TTK'nın 1266/3. maddesi gereğince yapılan sigortalar, poliçede yazılı süre içinde teminat vermektedir .Bu durumda yapılan bir poliçeden sonra yapılan ikinci poliçenin ilk poliçenin uzantısı olan bir zeyilname veya bir yenileme poliçesi olduğu sonraki poliçede belirtilmeden ikinci poliçenin ilk poliçenin devamı ve aynı teminatları içeren bir sigortayı yansıttığından bahsedilemez. Somut olayda, davacının davalıya 16-10.1996-1997 sürecini kapsayan Tehlikeli Hastalıklar Sigortası yaptırdıktan sonra ikinci kez.13.10.1997-1998 dönemi için ve fakat ikinci poliçenin birinci poliçenin devamı niteliğinde olduğunu gösteren bir zeyilname veya poliçe üzerine bu husus dercedilmeden sigorta yaptırdığı anlaşılmakla, ikinci poliçenin birincisinin devamı olduğundan söz etme imkanı bulunmadığından Sağlık Sigortası Özel Şartları'nın 6. maddesi uyarınca 6 aylık süre içerisinde meydana gelen rizikodan ötürü davalı sigortacının sorumlu tutulamayacağı gerekçesiyle davanın reddine karar verilmesi gerekirken, yazılı olduğu şekilde davanın kabulü doğru olmamış ve kararın davalı yararına bozulması gerekmiştir."*

³⁹⁸ I. Ulaş, 2002, s. 137-138

verildikten sonra ilk prim ödenmemişse, sigorta himayesinin başlamayacağını kabul etmiştir³⁹⁹.

Sigorta şirketlerinin hazırladıkları özel şartlar kapsamında; poliçelerin, sigortacı tarafından poliçe yılı bitiminde değerlendirildikten sonra, belirli bir süre ya da ömür boyu yenileceği taahhüdü verilebilir⁴⁰⁰. Sigortacının, poliçeyi yenileyip yenilemeyeceği kararı, ilk poliçe yılı sonunda sigortalının sağlık durumunu ve/veya tazminat/prim oranını inceledikten sonra vereceği karara bağlı olacaktır⁴⁰¹.

B) Sigorta Konusunun Ortadan Kalkması

Hastalık sigortası ile güvence altına alınan kişinin, sigorta ile teminat altına alınan riziko dışında bir sebeple ölmesi halinde, sigorta konusuz kalacağından sözleşme ilişkisi de kendiliğinden sona erer. Örneğin, cürüm işlemek ya da uyuşturucu kullanmak gibi bir nedenden ötürü hastalanan ve/veya yaralanan bir kişinin buna bağlı olarak ölmesi hali sigorta teminatı kapsamı dışında

³⁹⁹ Bu konuda daha fazla bilgi için, bkz. R. Kender, “*Sigorta Sözleşmesinin Süresine İlişkin Bazı Sorunlar*”, **Sigorta Hukuku Dergisi**, 1998, S.1 ve Y. 11. HD. 27.5.1996 gün ve 96/3492-3810 sayılı karar)

⁴⁰⁰ Örneğin, Koç Allianz Özel Sağlık Sigortası, “Otomatik Yenileme Güvencesini” 3 yıl olarak öngörmüş, ömür boyu yenileme taahhüdünü de “Ömür Boyu Yenileme Güvencesi” adı altında piyasaya sunmuştur.

⁴⁰¹ Bkz. Koç Allianz Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar, Axa Oyak Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar

bırakıldığından, sigorta sözleşmesi de konusuz kalacak ve sigorta ilişkisi kendiliğinden sona erecektir.

Sigortalının, teminat kapsamındaki bir hastalık veya yaralanma sonucu tedavi görürken vefat etmesi halinde ise tedavi süresi içerisinde oluşan giderler, poliçedeki teminat kapsamı ve şartları dahilinde, gerekli belgelerin tamamlanması şartıyla yasal mirasçılara ödenir⁴⁰². Tazminat ödemesi yapılmamış ise gün esasına göre prim, sigorta ettirene iade edilir; vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması halinde ise prim iadesi yasal mirasçılara yapılır⁴⁰³.

C) Rizikonun Gerçekleşmesi

Hastalık sigortasında sigorta teminatı altında alınan rizikonun gerçekleşmesi halinde, sigortacının güvence sağlama fonksiyonu devreye girer ve bunun karşılığı olan sigorta bedeli ödenmek suretiyle sigorta ilişkisi sona erer. Ancak sigorta süresi içerisinde gerçekleşen riziko nedeniyle sigorta bedeli poliçede gösterilen limitten daha düşük olarak ödenmiş ise, bakiye limit miktarı bakımından sigorta sözleşmesi , süre sonuna kadar devam eder⁴⁰⁴.

⁴⁰² Bkz. Ahmet Kılıçoğlu , Nuşin Ayiter, **Miras Hukuku**, Ankara, 1993, s. 40 vd.

⁴⁰³ Bkz. HSGŞ md. 9; Koç Alianz Özel Sağlık Sigortası Özel Şartlar, s. 6

⁴⁰⁴ I. Ulaş, 2002, s. 138-237

D) Fesih ve Cayma Hakkının Kullanılması

Kanunda öngörülen sebeplerle sigorta sözleşmesini taraflardan birinin feshi halinde de sözleşme sona erer.

Sigorta ettirenin prim borcunu yerine getirmemesi, sözleşmenin devamı sırasında rizikonun ağırlaşması halinin sigortacıya bildirilmemiş olması ve sigorta ettirenin kasdı olmaksızın sözleşmenin yapıldığı sıradaki beyan yükümlülüğüne aykırı davranması birer fesih sebebi olarak kabul edilmiştir⁴⁰⁵.

Sigorta ettirenin poliçenin teslimine rağmen, prim borcunu yerine getirmememesi halinde, bunu takip eden otuz gün içinde prim borcu ödenmezse, sigorta sözleşmesi hiçbir ihtara gerek kalmaksızın kendiliğinden feshedilmiş olur. Primlerin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde ise, taksitlerden herhangi birinin vadesinden itibaren on beş gün içinde ödenmemesi halinde sigorta teminatı durur ve bu sürede de prim taksiti ödenmezse sözleşme ihtara gerek kalmaksızın feshedilmiş sayılır. Kendiliğinden fesih prosedürünün oluşabilmesi için bu hususun poliçeye mutlaka yazılı olması gerekir. Aksi halde fesih hakkının kullanılması TTK'nın md. 1297/f.1'deki koşullara bağlıdır⁴⁰⁶.

⁴⁰⁵ I. Ulaş, age., s. 139

⁴⁰⁶ Bkz. HSGŞ md. 7; Bkz. Dördüncü Bölüm, "Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Yükümlülüğü", s. 122 vd.

Sigorta ettirenin sözleşme yapılırken beyan yükümlülüğünü kasdı bulunmaksızın ihlal etmesi halinde de, sigortacının durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesih hakkı vardır⁴⁰⁷. Ayrıca sigorta süresi içinde, sigorta ettirenin, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarda yapmasını gerektiren teklifname, poliçe ya da eklerinde beyan oluna hususlardaki değişiklikleri sekiz gün içinde sigortacıya ihbar etmesi gerekir. Aksi halde sigortacıya, ihbarını izleyen sekiz gün içinde sözleşmeyi fesih hakkı tanınmıştır⁴⁰⁸.

Yasada bazı hallerde ise fesih halinden değil, cayma hakkından bahsedilmiştir. Örnek olarak, mal sigortalarına ilişkin olan ancak kıyasen hayat (ve hastalık) sigortalarında da uygulanan 1290. madde gösterilebilir. Sözleşmenin kuruluş aşamasındaki ihbar yükümlülüğünün doğru olarak yerine getirilmesinde sigorta ettirenin kastı varsa, sigortacıya sözleşmeden cayma hakkı tanınmıştır⁴⁰⁹.

E) Sigortacının İflası

Doktrinde, sigortacının iflas etmesi hali sigorta sözleşmesini sona erdiren bir sebep olarak görülmektedir⁴¹⁰. Yasada da TTK'nın 1331. maddesinde açıkça ifade edilmemiş olsa bile, sigortacının iflas etmesi hali sigorta sözleşmesini sona erdiren sebeplerden biri olarak kabul edilmiştir. Bu maddede, sigortacının iflası halinde

⁴⁰⁷ Bkz. HSGŞ md. 5 b

⁴⁰⁸ Bkz. HSGŞ md. 6

⁴⁰⁹ I. Ulaş, 2002, s. 140-214, bkz. HSGŞ md 5 a

⁴¹⁰ R. Atabek, 1950, s. 380,381, I. Ulaş, age., s. 143; B.Kuru /R.Arslan /E.Yılmaz, **İcra ve İflas Hukuku**, 17. Baskı, Ankara 2004, s. 562 vd.

sigorta ettirene, iflas kararına kadar tahakkuk etmiş riyazi ihtiyatları ve bunların ödeme gününe kadar hesap edilecek faizleri isteyebilme hakkı tanındığına göre, iflas tarihinden itibaren sigorta sözleşmesinin fonksiyonunu kaybettiği açıkça belirlenmektedir. Bu sonuç, hayat sigortası sözleşmesinin iflas kararı ile son bulduğunu ortaya koymaktadır⁴¹¹.

TTK'nın mal sigortaları ile ilgili 1302. maddesi, "Sigorta akdi sona ermezden önce veya sigorta primi henüz ödenmediği takdirde sigorta ettiren kimse, Borçlar Kanunu'nun 82. maddesinde yazılı hale düşerse diğer taraf taahhüdün yerine getirileceğine dair teminat talep ve bu tarihten üç gün içinde teminat verilmemiş ise sigorta mukavelesini feshedebilir.", şeklindeki düzenlemeyle, her iki taraftan birinin aczi halini sözleşmenin son bulması için yeterli gördüğü halde, hayat sigortalarında (ve hastalık sigortalarında) 1331. madde ile bu husus sigortacının iflasına hasredilerek daha özel bir düzenleme yapılmış bulunmaktadır⁴¹².

⁴¹¹ I. Ulaş, 2002, s. 143

⁴¹² I. Ulaş, age., s. 143; R. Kender, 2001, s. 263

SONUÇ

Çalışmamızda esas olarak, hastalık sigortaları (özel sağlık sigortaları) incelemiştir, bu sigorta türünün temel esaslarına, teminat kapsamına, türlerine, Türkiye ve dünyadaki uygulamasına ve sözleşme özelliklerine değinilerek, yeni gelişen bu sigorta türü hakkında bilgi verilmeye çalışılmıştır.

Sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmetlerden farklı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde tek düzelik yoktur, ikame edilmesi ya da ertelenmesi söz konusu değildir. Sağlık hizmetlerinde arz miktarı sınırlıdır ve sağlık hizmetlerinde talep, talebi ortaya çıkaran hastalık durumunun önceden bilinmemesi yüzünden belirsizdir. Son yıllarda tüm dünyada sağlık hizmetlerinin ekonomi içindeki payı, fertlerin sağlık bilincinin yükselmesi, tıbbi teknolojinin gelişmesi gibi nedenlerle artmıştır. Gelişmiş ülkelerde iyi işleyen bir sağlık sistemi demek, ülkede yaşayan herkese kesintisiz olarak sağlık hizmetlerinin sunulmuş olması demektir. Bu aynı zamanda en ileri teknolojiyi kullanan, en makul süre içinde hizmet veren ve en üst düzeyde bir sağlık sisteminin varlığı anlamına gelmektedir. Ülkemizdeki mevcut sağlık hizmetleri alanında ise çok önemli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların bazıları şu şekilde sıralanabilir:

Sağlık hizmeti sunan hastanelerin yurt düzeyine dağılımı yetersizdir. Koruyucu ve ilk basamak sağlık hizmetleri yeterince gelişmediğinden, sağlık hizmetleri hastane merkezli olmuştur. Tıbbi teknoloji, cihaz, malzeme ile aşı ve ilaç üretimi de ihtiyaca cevap verememektedir. Tıbbi cihaz ihtiyacının %95'i ithalat yolu

ile karşılanmakta, ilaç üretiminde de ara malı ve hammadde yönünden dışarıya bağımlılık söz konusu olmaktadır. Sağlık iş gücünün mesleki ve coğrafi dağılımı da dengesizdir. Hekimler üç büyük ilde yoğunlaşmış, hekim sayısına oranla, ebe ve hemşire sayısı yetersiz kalmıştır. Ayrıca ileri seviyede sağlık iş gücüne ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde sağlığa ayrılan kaynaklar, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında çok düşük kalmaktadır. 1996 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının GSMH'den aldığı pay %3.7'dir. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran %7.2'dir. Yetersiz kaynak tahsisi ve bu kaynakların verimsiz kullanımı sonucu bugün ülkemizde 900 kişiye bir hekim, 1.500 kişiye bir hemşire, 10.000 kişiye 24 hasta yatağı düşmektedir.

Mevcut sağlık hizmetleri alanında yaşanan sorunların en başında ise mevcut sağlık sistemimizdeki çok başlılık yer almaktadır. Her kurum kendi içinde çok merkeziyetçi bir yapıya sahiptir. Sektör geneline bakıldığında planlama ve denetlemeye yeterince zaman ayrılmadığı görülmektedir. Bu nedenle sağlık sektörü entegre ve koordine edilmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Yaşanılan bu sorunlar karşısında bireyler özel sağlık sigortalarına yönelmektedirler. Hastalık sigortaları, sigorta sözleşmesinin tarafları olan sigorta ettiren ile sigorta şirketi arasında serbestçe yapılan sözleşmeye dayandığından, sigortalıların mâli imkanlarına ve ihtiyaçlarına göre çeşitli teminatlar verebilmektedir. Teminatın üst sınırı da kişilerin ekonomik gücüne bağlıdır. Bu yönüyle özel sigortalar, önemli bir ihtiyacı karşılamaktadır.

Kişilerin özel sağlık sigortalarına yönelmelerinde, kaliteli sağlık hizmeti alma, sosyal güvenlik kurumlarının ve kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetlerine güvenmeme ve özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilme nedenlerinin birbiriyle bağlantılı olduğu görülmektedir. Sigortalılar, özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinden daha kaliteli olduğunu düşünmekte, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarının sağlamış olduğu ve kamu hastanelerinde sunulmakta olan hizmetlere güvenmemekte, ayrıca özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilmek için özel sağlık sigortası yaptırmaktadırlar. Sosyal güvenlik kurumları içinde en fazla SSK ve Bağ-Kur'a bağlı olan grupların, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarına güvenmedikleri için özel sağlık sigortası yaptırdıkları görülmektedir. Sigortalıların özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin, kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerine göre yeterliliği hususunda tatmin düzeylerinin yüksek olması da bu görüşü desteklemektedir.

Kişilerin, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirebilmeleri her şeyden önce, sağlıklı olmalarına bağlıdır. Kişinin sağlığını kaybetmesi, gelir kaybı ve gider artışına sebebiyet vermesi nedeniyle, sosyal bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, kişilerin sağlık hakkı anayasalarda devlete ödev olarak yüklenmiştir. Sosyal güvenlik sistemi, hemen hemen her ülkede devlet eliyle yapılmaktadır. Devletin içinde olmadığı sosyal güvenlik modeli pek mümkün değildir. Devlet bu görevini, kamu ve özel sağlık kurumlarından yararlanarak yerine getirecektir. Sosyal bir hizmet olan sağlık sigortacılığı, vatandaşlara daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürmelerini sağlayacak hizmeti sağlamayı hedeflemelidir. Bu hizmetlerin toplum

ihtiyaçlarına daha etkili ve hızlı cevap verecek düzeye yükseltilmesi için sağlık sektörü ile ilgili tüm kurumların her türlü fedakarlığı yapması gerekmektedir. Çağdaş toplumların ortak özelliği ya da ulaşılmaması gereken hedefler olarak kabul edilen sosyal devlet, sosyal adalet ve sosyal hukuk, ilke ve kurumlarının yaşama geçirilmesinin en önemli araçlarından birisi de yine sosyal güvenlik olmaktadır. Sosyal güvenlik içinde sağlık harcamalarının güvenceye kavuşturulması için konu ile ilgili her taraf ve kişinin, kamunun, özel sektörün ve bireylerin kişisel sorumluluk ilkesi çerçevesinde üzerine düşen sorumluluğu, toplumdaki eşitsizlikleri bir ölçüde de olsa azaltmak ve sosyal devlet olmayı sağlamak ana felsefesi içinde üstlenmesi gereklidir. Burada esas sorumluluk şüphesiz ki devletindir.

Bu noktada sağlık sistemini, organizasyonu ve finansmanı ile bir bütün halinde değerlendirecek ve tüm bireyleri içine alacak bir genel sağlık sistemi gerçekleştirilmelidir. Sağlık hakkına ilişkin olarak sosyal güvenliğin toplumdaki tüm fertlere eşit olarak sağlanabilmesinin en kolay ve malî açıdan en az külfetli yolu Genel Sağlık Sigortasının kurulmasıdır. Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmayanları kapsayan “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun”, Genel Sağlık Sigortasının kurulması amacına yönelik olarak atılan önemli bir adımdır. Genel Sağlık Sigortasının Kurulması beş yıllık kalkınma planlarında ve 1982 Anayasası’nda da yer almıştır. Bu nedenle, bir an önce Genel Sağlık Sigortasına geçilmelidir. Böylece, sağlık sigortası açısından tek çatı altında toplanıldığı gibi, kurumlar arasında varolan norm eşitsizliği de giderilmiş olacaktır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanmasının en önemli

noktası, bu kuruluşların birer sosyal güvenlik kuruluşu olarak sosyal güvenlik uygulamalarının sigortacılık tekniğine uygun yürütülebilmesi , sağlam ve sağlıklı bir aktüerya sistemine oturtulabilmesidir. İlke olarak tek çatı altında toplanabilme fikri hoş gelse de, bunun çok iyi incelenerek sigortacılık ve sağlık bölümlerinin ayrı ayrı gelir ve gider dengelerinin belirlenmesi, finansmanının ve aktüerya hesaplarının yapılması ve hatta demografik yapının da dikkate alınması gerekmektedir. Bu koşulların önünde, işçi ve işverenlerin ve devletin bu tek çatı altında ne gibi yükler altına girebilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Ülkemiz için yasa tasarılarında getirilen genel sağlık sigortası uygulamasında sosyal sigortacılık ilkeleri esas alınmakta, sisteme katılım zorunlu tutulmakta, sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerden mali olanakları göz önünde tutularak prim alınmakta, gücü yetmeyenlerin primlerinin ise devletçe karşılanması öngörülmektedir. Bu haliyle genel sağlık sigortası çağdaş bir finansman kaynağıdır. Ancak sağlık sektöründe yaşanan sorunların çözümü için sihirli bir değnek değildir.

Ülkemiz için düşünülen genel sağlık sigortası uygulaması modelinde yer alan aile hekimliğinin, eğitim, personel, donanım, maddi kaynak gibi şartları ülkemizde şu an için mevcut değildir. Öncelikle aile hekimliği için gerekli olan bu şartların sağlanması gerekir. Sağlık hizmetlerini etkin, yaygın, çağdaş bir hale getirmeden, mevcut sağlık tesisleri günün şartlarına uygun olarak donatılmadan, gelir dağılımındaki farklılıklar giderilmeden, sistem için gerekli olan sağlık iş gücü yetiştirilmeden, hastane, işgücü, tıbbi araç-gereç bakımından gerekli tüm şartlar gerçekleştirilmeden, sağlık harcamalarına yeterli kaynak ayrılmadan, sağlık

hizmetlerinin kişilere ve bölgelere ulaştırılmasında eşit-adil-etkili bir hizmet sunma ortamı yaratılmadan, uygulamaya konacak genel sağlık sigortasının uygulanmasının başarı şansı yoktur.

Yukarıda sayılan nedenlerden ötürü, ülkemizde genel sağlık sigortası konusunda hazırlanan yasa tasarıları yasalaşma imkanı bulsalar bile, genel sağlık sigortası uygulaması için gerekli alt yapı oluşturulmadığı için, sağlık güvencesinden yoksun insanların sigortalanması, sağlık hizmetleri alanında mevcut ortamda, bu insanların sağlık standartlarında bir yükselme sağlamayacak, dolayısıyla genel sağlık sigortası uygulaması başarısız olacaktır.

Bu durum karşısında sosyal sigortalarla özel sigortaların birlikte varlığını sürdürmeleri ve birbirlerinin eksik yönlerini tamamlamaları önem taşımaktadır. Bu nedenle özel sigortaların, sosyal sigortalar yanında, onun eksiklerini tamamlayan ve sosyal güvenlik hizmetlerinin sunulmasında ona yardımcı bir unsur olarak teşvik edilmesi gerekmektedir. Hangi ülkede olursa olsun devlet gücü ile bireylerin girişim yeteneğinin ikisini de kullanan sistemlerin daha iyi sonuçlar alabildiği gözlenmiştir. Bunlardan biri ya da öteki, diğerine karşı azaltılır ya da etkisini kaybederse, mutlaka bazı aksaklıklara yol açacaktır. Bu anlamda sağlık sektöründe özel sigorta kuruluşlarını devre dışı bırakmak hatalı olacaktır. Pek çok ülkede özel sigorta sektörü, devletin sağladığı hizmetlerin açık kalan yerlerini doldurmak suretiyle çok faydalı hizmetler geliştirmiştir. Özel sigortalar tarafından sunulan sosyal güvenlik hizmetlerinin yaygınlaşması, bir tarafın gelir seviyesi yüksek kişilerin ihtiyaçlarının daha iyi tatmin edilmesine, diğer taraftan da sosyal güvenlik kurumlarının yükünün

azalmasına yardımcı olacaktır. Sosyal güvenlik kurumlarının yükünün azalması ise, dar gelirli insanların bu kurumlardan daha iyi hizmet almalarını sağlayacaktır.

Bu bağlamda hedeflenen, sağlık hizmetlerinin tamamen özel sektöre kaydırılması değil, mevcut durumu iyileştirirken, devlet ve özel sektörün beraberce çalışarak genel sağlık sigortası modelini oluşturmak suretiyle Türkiye’de bir sağlık reformunu gerçekleştirmek olmalıdır. Bu reform sürecinde, genel sağlık sistemi içerisinde tamamlayıcı rol almak isteyen özel sigorta şirketleri için özel sigortacılığın yerinin tanımlanması gerekmektedir. Türkiye’deki sosyal güvenlik sistemi serbest piyasa ekonomisi içerisinde gerçekleşebilecek etkin ve verimli bir sistemden çok uzaktır. Bu nedenle kamu-özel sigortacılık paylaşımı yönünde çok dikkatli adımlar atılmalıdır.

Sonuç olarak özel sigorta yalnızca sistemin bir tamamlayıcısı ve eksikliklerinin gidericisi olarak düşünülmeli ve teşvik edilmeli, sigortacılar da yükümlülüklerinin bilincinde olarak bu bilincin gereğini yerine getirmelidir. Bunun aksi yalnızca birey açısından değil, toplum açısından da sakıncalar doğuracak ve uzun dönemde toplumun da sosyal dengesini tehdit edecektir.

EKLER

EK -1

HASTALIK SİĞORTASI GENEL ŞARTLARI (HSGŞ)

Teminat Kapsamı:

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

Teminat Dışı Kalan Haller:

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

a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,

b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,

c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,

d) Zelzele, sel, yanardağ patlaması ve toprak kayması,

e) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,

f) Nükleer rizikolar,

g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,

h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Sigortanın Coğrafi Sınırı:

Madde 3.— Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu:

Madde 4.— Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve Öğleyin saat 12.00'de sona erer.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü:

Madde 5.— Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklif name, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

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

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

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

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

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse,

Sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Sigorta Süresi içinde ihbar Yükümlülüğü:

Madde 6.— Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği

tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

1- sözleşmeyi fesheder veya,

2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

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

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

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

Sigorta Ücretinin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması:

Madde 7.— Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde nakden ödenir,

Sigorta ücretinin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmemiş ise sigortacının sorumluluğu başlamaz, bu şart poliçenin ön yüzüne yazılır.

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

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

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri:

Madde 8.— A) *Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:*

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

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

B) *Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:*

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

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu

kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

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

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

a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

C) Gerekli belgelerin teslimi

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

Masrafların Tesbiti:

Madde 9.— İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

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

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir.

a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişi sini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

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

c) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-

bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

d) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez.

İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

e) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli görecekları delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

f) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekları kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararma dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçık durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

g) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi karar ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliğ

tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

h) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yar yarıya ödenir.

ı) Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartlar ve bunların ileri sürülmesinin etkileyemez.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı:

Madde 10.— Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

Müşterek Sigorta:

Madde 11.— Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması:

Madde 12.— Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalı hakkında öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

Tebliğ ve İhbarlar:

Madde 13.— Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak

yapılır.

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

Yetkili Mahkeme:

Madde 14.— Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgâhının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgâhının bulunduğu yerin ticaret davalanna bakmakla görevli mahkemesidir.

Zaman Aşımı:

Madde 15.— Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

Özel Şartlar:

Madde 16.— Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

EK-2

HAYAT SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

(Hay.SGŞ)

A. SİGORTANIN KAPSAMI

A.1- SİGORTALI, SİGORTA ETTİREN VE LEHDAR

Hayatı üzerine sigorta sözleşmesi yapılan kişiye "sigortalı", prim Ödemek suretiyle sigortalının menfaatini sigortacı nezdinde sigortalayan kişiye "sigorta ettiren" ve sigorta sözleşmesine taraf olmamakla beraber lehine sigorta sözleşmesi yapılan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde kural olarak sigorta tazminatını sigortacıdan isteme hakkına sahip olana da "lehdar" denir.

Sigortalı ile sigorta ettiren aynı şahıs olabileceği gibi hayatta kalma şartıyla yapılan sigortalarda lehdar da aynı şahıs olabilir.

Bir kimsenin hayatı, ya o kimse veya onun bilgi ve izni olmasa bile dilediği bir veya bir kaç sigortacıya çeşitli bedellerle üçüncü bir kişi tarafından sigorta ettirilebilir, şu kadar ki, üçüncü kişinin o kimsenin hayatının devamında maddi veya manevi menfaatinin bulunması sigortanın geçerliliği için şarttır.

A.2- SİGORTANIN KONUSU

Sigortacı, bu sigorta ile bir kimsenin belirli bir süre içinde veya sözleşmede belirtilen şart ve haller içinde ölümü veya o kimsenin sözleşmede belirtilen belli bir süreden fazla yaşaması ihtimalini ya da her iki ihtimali beraber sigorta edebilir.

Ancak, küçüklerin, mahcurların veya mümeyyiz olmayanların ölümünü şart koyarak sigorta etmek bâtil, bunların hayatı üzerine sigorta yapmak geçerlidir. Her iki halde de ölüm gerçekleşirse sigortanın ölüm tarihindeki riyazi ihtiyatı ödenir.

Bu genel şartlara göre riyazi ihtiyat ödenmesi gereken hallerde varsa kâr payı da ödenir.

A.3- SİGORTA TEMİNÂTI DIŞINDA KALAN HALLER

Aşağıdaki haller sigorta teminatı dışındadır:

3.1-Sigortalı, sigortacıyı haberdar etmeksizin ticari hava hatları üzerinde yolcu nakline ruhsatlı işletmelerin uçak veya herhangi bir hava gemisinde ancak, yolcu sıfatıyla seyahat edebilir. Hayatı sigortalanan kişinin ölümü yolcu sıfatı dışında havada yapılan yolculuklar esnasında olursa, şirket yalnız riyazi ihtiyatı ödemekle yükümlüdür; ölüm tazminatı ödenmez.

3.2-Sigortalı, intihar veya intihara teşebbüs sonucunda öldüğü takdirde, sigortalının intihan anında akli melekeleri ne olursa olsun, sigortacı sigortanın o andaki riyazi ihtiyatını Öder. Aksine bir sözleşme ile süre kısaltılmış olmadıkça sigortalı aralıksız olarak en az üç yıl devam etmiş bulunuyorsa, sigortacı sigorta teminatının tamamını ödemekle yükümlüdür.

3.3-Sigortadan faydalanan kimse hayatı üzerine sigorta yapmış olanı öldürmüş veya onun Öldürülmesinde herhangi bir şekilde suç ortaklığı etmişse sigorta bedelinden mahrum kalır ve bu bedel ölenin mirasçılarına ait olur.

3.4-Aksi sözleşme ile kararlaştırılmadıkça, sigorta savaş halinde geçerli değildir. Ancak, sigortalı savaş esnasında ve savaş hareketleri dolayısıyla ölürse, ölüm tarihindeki riyazi ihtiyatlar, ödeme tarihine kadar geçecek süreye ait teknik faizleriyle birlikte hak sahiplerine ödenir.

3.5-Sigortalı, aksine bir sözleşme olmadığı sürece, tedavi amaçlı olanlar hariç nükleer rizikolar veya AIDS sonucu ölürse, sigortacı, yalnız riyazi ihtiyatı ödemekle yükümlüdür.

A.4- SİGORTA BEDELİNİN ARTIRILMASI

Sigorta süresi içinde, sigorta ettirenin talebi ve sigortacının da kabulü halinde sigorta bedeli arttırılabilir.

Sigorta özel şartları gereği sigorta bedelini kendiliğinden arttıran haller hariç, sigorta ettiren teminat artışı talep ettiğinde durumu sigortacıya yazılı olarak bildirmek ve sigortacının gerekli gördüğü durumlarda yeni bir sağlık raporunu sigortacıya vermek zorundadır.

Sigorta bedelinin arttırılması halinde yapılacak beyanlar hakkında C.2 hükümleri uygulanır.

A.5- SİGORTANIN BAŞLANGICI VE SONU

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile Öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de ve her halükârda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.

A.6- SİGORTANIN COĞRAFÎ SINIRI

Bu sigorta dünyanın her yerinde geçerlidir.

B- RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE HAK SAHİPLERİNİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Hak sahipleri, rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği tarihten itibaren durumu beş gün içinde sigortacıya bildirmek zorundadırlar.

Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, aşağıdaki yazılı belgeleri, masrafı kendilerine ait olmak üzere temin ederek sigortacıya verir.

- a) Sigorta poliçesi, (kaybı halinde sigortalı veya hak sahibinden alınacak imzalı beyan yeterlidir),
- b) Nüfus idaresi tarafından verilecek tasdikli ve vukuatlı nüfus kayıt örneği
- c) Gerekirse ölüm nedenini açıklayan doktor raporu veya gömme izni,
- d) Gaiplik halinde mahkemeden alınacak olan gaiplik karan,
- e) Lehdar tayin edilmediği durumlarda veraset ilâmı,

Sigortacı, vefat rizikolarında gerekirse tazminatı kesinleştirmek için sağlık karnesi ile hastane durum raporunu da ayrıca isteyebilir. Sigortacı talep halinde lehdar' ya da sigorta ettirene tazminatın ödenmesine ilişkin olarak aldığı belgeler karşılığında bir alındı belgesi vermek zorundadır.

Bütün belgelerin sigorta şirketine verilmesinden sonra sigortacı, sözleşme hükümlerine göre ödemesi gereken kesinleşmiş tazminatı on gün içinde hak sahiplerine öder. Poliçenin bulunamadığı durumlarda şirket kayıtları esas alınır.

Sadece, hayatta kalma şartıyla yapılmış olan sözleşmelerde, sözleşmede belirtilen sürenin dolması nedeniyle yapılacak Ödemelerde sadece sigorta poliçesi ve onaylı nüfus suretinin verilmesi yeterlidir

C. ÇEŞİTLİ HÜKÜMLER

C.1- SİGORTA PRİMİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ SORUMLULUĞUNUN BAŞLAMASI

Sigorta priminin tamamı veya taksitle Ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit poliçenin tesliminde ve kalan taksitler de poliçede belirtilen tarihlerde nakden ödenir.

Sigorta sözleşmesinin yapılmasına ilişkin teklifnamenin sigorta şirketine ulaştığı tarihten itibaren (30) gün içinde ret edilmemesi halinde, sigorta sözleşmesi yapılmış olur.

Teklifnamenin verilmesi sırasında alındı belgesi karşılığında alınan para, teklifnamenin şirketçe kabul edilmesi halinde sigorta ettirenin prim borcuna mahsup edilir.

Hayatı sigorta olunan kimse ilk primin ödenmesinden önce Ölmüş ise sigorta hükümsüzdür

Bir yıldan uzun süreli hayat sigortalarında sigorta ücretinin veya taksitlere bağlanmış olduğu takdirde herhangi bir taksitin vadesinde ödenmemesi halinde sigortacı, sigorta ettirenin kendisine bildirmiş olduğu son ikametgah adresine taahhütlü mektupla veya noter kanalıyla ücret veya taksitin bir ay içinde ödenmesini aksi takdirde sigortanın feshedilmiş olacağını ihtar eder. Bu sürenin sonunda söz konusu ücret veya taksit ödenmemiş ise sözleşme feshedilmiş olur.

Bir yıl ve daha kısa süreli hayat sigortalarında ise, sigorta ettiren kimse primini veya taksitlere bağlanmış olduğu takdirde herhangi bir taksitini vadesinde ödememesi halinde temerrüde düşer ve temerrüt gününü takip eden on beş gün içerisinde dahi sigorta ettiren prim borcunu ödemediği takdirde bu müddetin bitiminden itibaren on beş gün süre ile sigorta teminatı durur- Bu sürenin sonuna kadar prim ödenmediği takdirde sigorta sözleşmesi herhangi bir ihtara gerek kalmadan feshedilmiş olur.

Sigorta primi önceden taraflarca belirlenen vadede makbuz karşılığında ödenir. Poliçede belirtilmek kaydıyla PTT ve diğer kişilerden alınacak primlerin ödendiğine dair belgeler sigorta şirketi makbuzu ile eş değerdedir.

Aksine bir sözleşmeyle süre kısaltılmış olmadıkça üç yıl geçmeden sigorta ettiren sigortadan cayar veya taahhüdüne uymazsa verdiği primi veya bedeli sigortacıdan talep edemez.

İlk üç senenin primleri ödendikten sonra müteakip primler Ödenmeyecek olursa poliçe feshedilmez; Ancak, sigortacı re'sen madde C.5 hükümlerini uygular.

C.2- SÖZLEŞMENİN YAPILMASI SIRASINDAKİ BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

2.1.- Sigortacı, bu sözleşmeyi, gerek sigorta ettiren gerekse bilgisinin olduğu hallerde hayatı sigorta edilenlerin ve temsilci aracılığıyla sigorta yapılıyorsa temsilcinin de beyanını esas tutarak yapmıştır.

2.2- Gerek sigorta ettiren gerekse sigortalı ve temsilci, sigorta sözleşmesinin yapılması sırasında kendisince bilinen ve sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün halleri bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir veya sözleşmeyi yürürlükte tutarak sekiz gün içinde prim farkını talep edebilir. Ancak, sigortacının bildirilmemiş, eksik veya yanlış bildirilmiş olan hususları bilmesi veya ihbar etmemenin ya da yanlış ihbar etmenin kusura dayanmaması halinde cayma caiz değildir. Bu durumda rizikonun kabul edildiğinden daha yüksek olması nedeniyle daha fazla bir prim alınması gerekiyorsa sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren sekiz gün içinde prim farkını talep edebilir.

Sigorta ettiren, talep edilen prim farkını kabul ettiğini sekiz gün içinde bildirmediği takdirde sözleşmeden cayılmış olur. Ancak, prim farkının kabul edilmemesi nedeniyle sözleşmeden cayılması sigortacının gerçeğe aykırı veya eksik beyanı öğrendiği tarihten itibaren bir aylık süre içinde söz konusudur.

Beyan yükümlülüğünün kasıtlı ihlali sigortacı riziko gerçekleşmiş olsa bile sözleşmeden cayabilir ve prime hak kazanır.

Kastın söz konusu olmadığı durumlarda riziko; sigortacı durumu öğrenmeden önce veya sigortacının cayabileceği veya caymanın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tazminatı o tazminata ilişkin olarak tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki orana göre öder.

2.3- Cayma veya prim farkını talep etme hakkı süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.

2.4- Sözleşme akdedilmesinden itibaren aralıksız veya itirazsız olarak iki yıl süreyle yürürlükte kalmışsa artık sigortacı sözleşmeden cayamaz ancak durumu öğrendiği tarihten itibaren sekiz gün içinde prim farkını talep edebilir. Ancak, sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmezse rizikoya ilişkin olarak alınan prim ile alınması gereken prim arasındaki oran çarpılır çıkan miktar tazminat olarak ödenir.

2.5- Eksik ve yanlış beyan fazla prim alınmasına neden olmuşsa, fazla alınan miktar sigorta ettirene gün esaslı üzerinden iade olunur.

C.3- SİGORTA SÜRESİ İÇİNDE BEYAN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Sözleşmenin yapılmasından sonra, sigortacının izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana getirilen değişikliklerin sekiz gün içinde sigortacıya bildirilmesi gerekir.

Durumun sigortacı tarafından öğrenilmesinden sonra,

3.1- Değişiklik, sigortacının sözleşmeyi yapmaması ya da daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hallerden ise,

Sigortacı sekiz gün içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren talep edilen prim farkını kabul ettiğini sekiz gün içinde bildirmediği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Ancak, prim farkının kabul edilmemesi nedeniyle sözleşmenin feshi sigortacının değişikliği öğrendiği tarihten itibaren sekiz gün içinde söz konusudur.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

Herne şekilde olursa olsun değişikliği öğrenen sigortacı, sigorta hükmünün devamına razı olduğunu gösterir bir harekette bulunursa fesih hakkı düşer.

3.2- Değişiklik, rizikoyu hafifletici nitelikte ve daha az prim uygulanmasına gerektirir hallerden ise, sigortacı değişikliğin yapıldığı tarihten itibaren dönem sonuna kadar geçecek süre için gün esasına göre hesap edilecek prim farkını sigorta ettirene geri verir.

3.3- Sigortacının sözleşmeyi bu değişikliklere göre yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiren hallerde:

- a) Sigortacı durumu öğrenmeden önce,
- b) Sigortacının fesih ihbarından bulunabileceği süre içinde,
- c) Fesih ihbarının hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde riziko gerçekleşirse, sigortacı tazminatı, o tazminata ilişkin olarak tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki orana göre öder.

C.4- SİGORTANIN TEKRAR YÜRÜRLÜĞE KONULMASI VEYA ESKİ HALİNE DÖNÜŞTÜRÜLMESİ

Primin Ödenmemesinden dolayı fesih veya tenzil edilmiş olan sözleşme, Ödenmeyen ilk primin vadesini izleyen altı ay içinde ve birikmiş primler, her primin vadesinden itibaren hesap edilecek kanuni gecikme faiziyle birlikte sigorta ettiren tarafından bir defada ödenmek şartıyla tekrar yürürlüğe konulur veya eski haline dönüştürülür.

Bu altı aylık süre geçtiği takdirde, sigortacı isterse, masrafı sigorta ettirene ait olmak üzere sigortalıdan yeni bir muayene isteyebilir. Muayene sonucu sigortanın devamı bakımından uygun görüldüğü ve birikmiş primler yukarıda yazılı esaslar dahilinde ödendiği takdirde sigortacı sözleşmeyi tekrar yürürlüğe koyar.

Sigortanın yeniden yürürlüğe girmesi esnasında sigortalının hayatta bulunması şarttır. Sigortanın yeniden yürürlüğe konması esnasında yapılacak beyanların gerçeğe aykırı olması halinde madde C.2 hükümleri uygulanır.

C.5- ÜCRETSİZ SİGORTA (TENZİL)

Sigorta ettiren kimse, aksine bir sözleşmeyle süre kısaltılmış olmadıkça en az üç yıllık primi Ödedikten sonra sigortadan cayar veya taahhüdüne uymaz ve de sigortayı satın alma (iştirâ) hakkını da kullanmaz ise, sigortası prim ödenmesinden muaf bir sigorta haline çevrilmiş olur. Bu takdirde sigorta bedeli poliçede ve tarife teknik esaslarında gösterildiği şekilde indirilir.

C.6- SATINALMA (İŞTİRA)

Sigortacı, aksine bir sözleşmeyle kısaltılmış olmadıkça en az üç yıllık primi ödenmiş olan bir sigortayı, sigorta ettirenin talebi üzerine ve sigorta poliçesinin geri verilmesi karşılığında poliçede belirtilen şekilde satın almak zorundadır.

C.7- BORÇ VERME (İKRAZ)

Sigortacı, aksine bir sözleşmeyle kısaltılmış olmadıkça en az 3 yıllık primi Ödenmiş sigortada, sigorta ettirenin talebi üzerine ve poliçenin iadesi karşılığında sigorta poliçesi üzerinden ödünç para vermek zorundadır.

Borcun faizleri, taraflarca kararlaştırılan vadelerde ödendiği sürece sözleşme yürürlükte kalır. Faizler vadelerinde ödenmeyecek olursa, sigortacı, sigorta ettirene bir ihbar mektubu göndererek borcunu işlemiş faiz ve masraflarıyla üç ay içinde ödemeye davet eder. Borç bu süre içinde ödenmez ise sigortacı re'sen işтира eder ve alacağını işlemiş faiz ve masraflarıyla birlikte tahsil eder. Kalan miktar sigorta, ettirene iade olunur.

C.8- HAK VEYA BORÇLARIN DEVRİ-MENFAATLERİN DEĞİŞTİRİLMESİ

8.1- Bu sözleşmeden doğan hakların veya borçların devri mümkündür.

8.2- Sigorta ettiren, sigortadan faydalanan kimseyi sigortanın başlangıcından veya daha sonra tayin edebileceği gibi istediği zaman değiştirme hakkına da sahiptir. Ancak, sigorta ettiren değiştirme hakkından vazgeçtiğini poliçeye yazdırmakla birlikte poliçeyi

lehdara

teslim

etmişse

artık

o kişiyi değiştiremez.

C.9- POLİÇENİN KAYBI

Poliçenin kaybı halinde, şirkette bulunan ve sigorta ettiren tarafından onaylanmış kayıt ve belgeler esas, kaybolan nüsha geçersiz kabul edilerek yerine sigorta ettiren tarafından imza edilecek bir kayıp formu karşılığında ikinci bir örnek poliçe verilir. Bu konuda yapılacak masraflar sigorta ettirene aittir.

C.10- TEBLİĞ VE İHBARLAR

Sigortalı ve sigorta ettirenin bildirimleri, sigorta şirketinin merkezine noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapılır.

Sigortacının bildirimleri de sigorta ettirenin ve sigortalının poliçede gösterilen adresine aynı surette yapılır. Bu adreslerin değişmiş olması halinde ise, sigorta ettiren bunu sigorta şirketine bildirmek zorundadır. Aksi takdirde sigortacı tarafından yapılacak tebligatın sigorta ettirene ulaştırılmamış olmasından doğacak kanuni sonuçlar doğrudan doğruya sigorta ettirene ait olur.

Taraflara imza karşılığında, elden verilen mektup veya telgraf ile yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir.

C.11- SİGORTALIYA AİT SIRLARIN SAKLI TUTULMASI

Sigortacı ve sigortacı adına hareket edenler bu sözleşmenin yapılması dolayısıyla sigortalıya, sigorta ettirene ve lehdara ait öğrenecekleri sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludurlar.

C.12- YETKİLİ MAHKEME

Bu sözleşmeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme sigorta şirketi merkezinin veya sigortalının ikametgahının bulunduğu, sigorta şirketince açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerdeki ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemelerdir.

C.13- ZAMANAŞIMI

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler iki yılda zamanaşımına uğrar.

C.14- ÖZEL ŞARTLAR

Sigorta sözleşmelerine, genel şartlara aykırı düşmemek ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şartlar konulabilir.

**AXA OYAK****TEKLİFTİR**

AXA OYAK HAYAT SİGORTA A.Ş.

İstanbul/Türkiye Boğaziçi Kurumlar

V.D.092 000 0019

SÜPER SAĞLIĞIM SİGORTASI TEKLİFİ

İşletim No	1815165	Acente No	26484	Teklif No	4556453	Bağlı Pol No		Eski Poliçe No		1
Başlangıç Tarihi	31/08/2004			Bitiş Tarihi /Saati		31/08/2005 12:00		Sigorta Süresi	365 Gün	
Ortalinın Adı Soyadı	MURAT HANCI									
Ortalinın Adresi	DİKMEN SOKULLU MEHMET PAŞA CAD. 147 /B SOKULLU MEHMET PAŞA ÇANKAYA ANKARA TÜRKİYE .									
İşletim Dairesi / No	./.									
Ko Adresi	DİKMEN SOKULLU MEHMET PAŞA CAD. 147/B SOKULLU MEHMET PAŞA ÇANKAYA ANKARA TÜRKİYE .									

İşletim Bilgileri

SİGORTALI SIFATI	1.SİGORTALI	KİLO	68 KG
NSİYET	ERKEK	SİGORTALI YAŞI	18-25 YAŞ
Y (CM)	178 CM		

Orta Teminatı	Sigortanın Bedeli (TL)	Net Prim (TL)
TARAK TEDAVİ GİD. (%100)	LİMİTSİZ	5,319,350,000
İL YARDIM TEM. (%100)	LİMİTSİZ	
Nİ UZUV GİD. (%100)	LİMİTSİZ	
AKTA TEDAVİ GİD. (%100)	LİMİTSİZ	
GÜM GİDERLERİ (%100)	LİMİTSİZ	
ZLÜK VE LENS GİD. (%100)	1,500,000,000	
Ş GİDERLERİ (%100)	1,500,000,000	
DIŞI YATARAK TED.G(USD)	250,000	
DIŞI AYAKTA TED.G.(USD)	1,000	
Ödenecek Prim		5,319,350,000

İNDİRİMLER

İL İNDİRİMİ UYGULANMIŞTIR

EL KOŞULLAR

özük ve Lens Giderleri , Diş Giderleri , Yurtdışı Yatarak Tedavi Giderleri ve Yurtdışı Ayakta tedavi Giderleri poliçede yazılı yıllık üst limit ve iştirak oranları ile sınırlıdır. Yurtdışı Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı Kuzey Amerika'da (ABD ve Kanada) %70'li (%30 sigortalı katılım payı ile), diğer ülkelerde %80'li (%20 sigortalı katılım payı ile) karşılanır. Kemoterapi / Radyoterapi ve Diyaliz giderleri Yatarak Tedavi Giderleri kapsamında %100'lü olarak değerlendirilir.

Renogenital sendrom , AIDS , Akıl hastalıkları , Behçet hastalığı , Böbrek yetmezliği , Diyali tedavisi , Down sendromu , Hepatit B , Her tür kanser hastalığı , Hidrosefali , Hodgkin hastalığı , insülin kullanımı olan diyabet (şeker) hastalığı , Karaciğer yetmezliği , Lösemi , Multipl Skleroz ,izm (Otistik durumlar) , Retroperitoneal Fibrozis , Serebral Palsy , Siroz , Tam Felç , Thalesemi ,ajor v.b. yüksek riskli hastalıkları bulunanlara sigorta teminatları verilememektedir. Hastalıklar dışında mevcut hastalıklar için risk değerlendirilmesi yapılarak karar verilecek .Bvuru reddedilebilecek , sürprim uygulanabilecek , muafiyet alınabilecek ya da teminat ıstılması yapılabilecektir.

evcut rahatsızlıklarınıza ve geçirmiş olduğunuz ameliyatlara ilişkin tüm raporlarınızı başvuru ındirinde şirkete teslim etmeniz gerekmektedir.

İklifimiz 31.10.2004 tarihine kadar geçerlidir.

İlgili teklifimizdeki primler, %20 peşin + 5 eşit taksit ödeme esasına göre hesaplanmıştır.

İ sigorta teklifi 1.Sigortalıya 25,000,000,000 TL bedel üzerinden Ölüm ve Sürekli Sakatlık ıllerine karşı Ferdi Kaza Sigorta teminatını da kapsar.

**AXA OYAK****TEKLİFTİR**

AXA OYAK HAYAT SİGORTA A.Ş.
İstanbul/Türkiye Boğaziçi Kurumlar
V.D.092 000 0019

SÜPER SAĞLIĞIM SİGORTASI TEKLİFİ

eri No	1815165	Acente No	26484	Teklif No	4556453	Bağlı Pol No		Eski Poliçe No		2
ingış Tarihi	31/08/2004	Bitiş Tarihi /Saati	31/08/2005 12:00	Sigorta Süresi	365 Gün					

ente Adı/Ünvanı ÖNCE GÜVEN SİGORTA ARACILIK HİZMETLERİ LTD.ŞTİ.

PRİM ÖDEME PLANI (TL)		
h	Ödeme Tutarı	Ödeme Şekli
ISTOS/2004	1,064,350,000	
ÜL/2004	851,000,000	
A/2004	851,000,000	
IM/2004	851,000,000	
LIK/2004	851,000,000	
K/2005	851,000,000	
LAM	5,319,350,000	

Bu sigorta teklifi 31/08/2004,17:23'de
2 nüsha olarak Ankara ilinde düzenlenmiştir.

AXA OYAK HAYAT SİGORTA A.Ş.
ORTA ANADOLU BÖLGE MD.LÜĞ TEL.0312 232 2030

ÖRNEKTİR

İklif, hazırlanırken, sağlık sigortasından yararlanacak kişilerin sağlıklı olduğu varsayılarak, geçmiş rahatsızlıkları ile
ekte olan tedavileri ve Ferdi Sağlık Sigortası Başvuru Formu nda beyan edilen bilgiler risk kabul birimince değerlendirilecektir.

etişim Hattı 90212.334 2 334 - 444 1 999

E ÖNERİLERİNİZİ LÜTFEN AŞAĞIDAKİ İLETİŞİM HATLARIMIZA BİLDİRİNİZ.
İD 211 61111 (Ücretsizdir) Faks: 0212 292 0272 e-mail: iletisimaxaoyak.com.tr



AXA OYAK

SÜPER SAĞLIĞIM SİĞORTASI

31.08.2004

PLATİN		
TEMİNAT ADI	Sigorta Şirketi Katılım Oranı (%)	Teminat limitleri
YATARAK TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)	%100	Limitsiz
ACIL YARDIM TEMİNATI	%100	AXA ASSISTANCE
SUNİ ÜZUV GİDERLERİ (Yıllık)	%100	Limitsiz
AYAKTA TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)	%100	Limitsiz
DOĞUM GİDERLERİ (Yıllık)	%100	Limitsiz
GÖZLÜK VE LENS GİDERLERİ (Yıllık)	%100	1.500.000.000 TL
DIŞ GİDERLERİ	%100	1.500.000.000 TL
YURTDIŞI YATARAK TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)	%70 Kuzey Amerika %80 Diğer Ülkeler	\$250.000
YURTDIŞI AYAKTA TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)	%70 Kuzey Amerika %80 Diğer Ülkeler	\$1.000
ACIL TEDAVİ GİDERLERİ		
FERDİ KAZA		
Kaza Sonucu Vefat		25.000.000.000 TL
Kaza Sonucu Maluliyet		25.000.000.000 TL

TOPLAM PRİMİNİZ	5.534.700.000 TL
-----------------	------------------

*** Ferdi Kaza Teminatları poliçede yalnızca 1. Sigortalı için geçerlidir.

X	29 yaş	5.534.700.000 TL

Cinsiyet

H/P İndirim

H/P Sürpriz

Police Süresi

365

İlgili teklifimiz hazırlanırken, sağlık sigortasından yararlanacak kişilerin sağlıklı olduğu, vesevilleri, geçmiş rahatsızlıkları ile sürmekte olan tedavileri ve Ferdi Sağlık Sigortası Başvuru Formunda Beyan edilen bilgiler risk kabul birimince değerlendirilecektir.

*Kemoterapi-Radyoterapi ve Diyaliz giderleri, Yatarak Tedavi Teminatından %100'ü olarak karşılanmaktadır.

Ödeme Planınız %20 Peşin + 5 Taksit Olarak Seçilmiştir. Peşin Ödemelerde İndirim Yapılmaktadır.

Bu teklif Sigorta Ettiren'in ANKARA ilinde ikamet ettiği beyanına göre verilmiştir.

Yukarıdaki teklif 31 TEMMUZ 2004 tarihine kadar geçerlidir.

ÖDEME PLANI		
Taksit	Vadeler	Taksit Tutarları (TL)
Peşinat	03.09.2004	1.106.940.000
1. Taksit	03.10.2004	885.552.000
2. Taksit	03.11.2004	885.552.000
3. Taksit	03.12.2004	885.552.000
4. Taksit	03.01.2005	885.552.000
5. Taksit	03.02.2005	885.552.000

Teklifi Hazırlayan:

ar İletişim Hattı 90212.334 2 334 - 444 1 999

İK VE ÖNERİLERİNİZİ LÜTFEN AŞAĞIDAKİ İLETİŞİM HATLARIMIZA BİLDİRİNİZ.
0800 211 6141 (Ücretsizdir) Faks: 0212 292 0272 e-mail: iletisimaxaoyak.com.tr



AXA OYAK

AXA OYAK SAĞLIK SİGORTASI TEKLİFİ

31.08.2004

ATIN

TEMİNAT ADI	Sigorta Şirketi Katılım Oranı (%)	Teminat limitleri
TARAK TEDAVİ GİDERLERİ	%100	Limitsiz
İL YARDIM TEMİNATI	%100	AXA ASSISTANCE
NI UZUV GİDERLERİ	%100	5.000.000.000 TL
AKTA TEDAVİ GİDERLERİ		
Doktor Muayene (Beher Muayene)	%80	180.000.000 TL
İlaç (Beher Reçete)	%80	180.000.000 TL
Şahilli (Beher Olay)	%80	350.000.000 TL
Röntgen (Beher Olay)	%80	350.000.000 TL
DAVİ GİDERLERİ		
Fizik Tedavi (Yıllık)	%80	2.250.000.000 TL
Çocuk Müdahaleler (Yıllık)	%80	2.250.000.000 TL
İDERN TANI YÖNT. (Yıllık)	%100	3.600.000.000 TL
Enjiyografi (Beher Olay)	%80	2.600.000.000 TL
MR (Beher Olay)	%80	1.900.000.000 TL
İntigrafi (Beher Olay)	%80	2.350.000.000 TL
Omografi (Beher Olay)	%80	1.900.000.000 TL
Endoskopi (Beher Olay)	%80	1.200.000.000 TL
Ultrason (Beher Olay)	%80	800.000.000 TL
GUM GİDERLERİ (Yıllık)		
FERDİ KAZA		
Kaza Sonucu Vefat		25.000.000.000
Kaza Sonucu Maluliyet		25.000.000.000
TOPLAM PRİMİNİZ		2.170.750.000 TL

ÖRNEKTİR

Ferdî Kaza Teminatları poliçede yalnızca 1. Sigortalı için geçerlidir.

	44 yaş	2.170.750.000 TL.

Cinsiyet

E

H/P İndirim

0,00%

H/P Sürprim

0,00%

Police Süresi

365

İ teklifimiz hazırlanırken, sağlık sigortasından yararlanacak kişilerin sağlıklı olduğu
sayılarak, geçmiş rahatsızlıkları ile sürmekte olan tedavileri ve Ferdî Sağlık Sigortası
Formu'nda Beyan edilen bilgiler risk kabul birimince değerlendirilecektir.

noterapi-Radyoterapi ve Diyaliz giderleri, Yatarak Tedavi Teminatından %100'ü olarak karşılanmaktadır.

Prime Planınız %20 Peşin + 5 Taksit Olarak Seçilmiştir. Peşin Ödemelerde İndirim Yapılmaktadır.

Yatarak Tedavi, Ayakta Tedavi ve Doğum Teminatı kapsamında olan sağlık giderleri aşağıda belirtilen şartlarla tüm dünyada geçerlidir.
 Sigorta Şirketi'nin yurtdışı yatarak tedavi giderleri ile ilgili yapacağı azami tazminat tutarı, hiçbir şekilde İstanbul'da bulunan International Hospital,
 Avrupa Florence Nightingale ve Amerikan Hastane'leri gibi A sınıfı hastanelerde geçerli olan emsal cari paket ve/veya staff hekim ücretlerini
 aşamaz ve bu giderler limit ve iştirak oranları dahilinde "Yatarak Tedavi Giderleri" Teminatından karşılanır.

teklif Sigorta Ettiren'in ANKARA ilinde ikamet ettiği beyanına göre verilmiştir.

karıdaki teklif 31 TEMMUZ 2004 tarihine kadar geçerlidir.

ÖDEME PLANI		
Taksit	Vadeler	Taksit Tutarları (TL)
Peşinat	03.09.2004	434.150.000
1. Taksit	03.10.2004	347.320.000
2. Taksit	03.11.2004	347.320.000
3. Taksit	03.12.2004	347.320.000
4. Taksit	03.01.2005	347.320.000
5. Taksit	03.02.2005	347.320.000

Hasar İleri Teklif Hazırlayan: 2334 - 444 1 999

İSTEK VE ÖNERİLERİNİZİ LÜTFEN AŞAĞIDAKİ İLETİŞİM HATLARIMIZA BİLDİRİNİZ.
 İletişim Merkezi: 0312 333 0272 e-mail: iletisim@axaovak.com.tr



AXA OYAK

ACIL SAĞLIK SİGORTASI

31.08.2004

PLATİN		
TEMİNAT ADI	Sigorta Şirketi Katılım Oranı (%)	Teminat limitleri
YATARAK TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)		
ACIL YARDIM TEMİNATI	%100	AXA ASSISTANCE
SUNİ UZUV GİDERLERİ (Yıllık)		
AYAKTA TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)	-	-
DOĞUM GİDERLERİ (Yıllık)	-	-
GÖZLÜK VE LENS GİDERLERİ (Yıllık)	-	-
DİŞ GİDERLERİ	-	-
YURTDIŞI YATARAK TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)	-	-
YURTDIŞI AYAKTA TEDAVİ GİDERLERİ (Yıllık)	-	-
ACIL TEDAVİ GİDERLERİ	%100	12.000.000.000 TL

TOPLAM PRİMİNİZ	237.500.000 TL
-----------------	----------------

X	24 yaş	237.500.000 TL

Cinsiyet
E

H/P İndirim

H/P Sürprim

Police Süresi
365

ÖRNEKTİR

İlgili teklifimiz hazırlanırken, sağlık sigortasından yararlanacak kişilerin sağlıklı olduğu varsayılarak, geçmiş rahatsızlıkları ile sürmekte olan tedavileri ve Ferdi Sağlık Sigortası Başvuru Formu'nda Beyan edilen bilgiler risk kabul birimince değerlendirilecektir.

Ödeme Planınız %20 Peşin + 5 Taksit Olarak Seçilmiştir. Peşin Ödemelerde İndirim Yapılmaktadır.

Bu teklif Sigorta Ettiren'in ANKARA ilinde ikamet ettiği beyanına göre verilmiştir.

Yukarıdaki teklif 31 TEMMUZ 2004 tarihine kadar geçerlidir.

ÖDEME PLANI		
Taksit	Vadeler	Taksit Tutarları (TL)
Peşinat	03.09.2004	47.500.000
1. Taksit	03.10.2004	38.000.000
2. Taksit	03.11.2004	38.000.000
3. Taksit	03.12.2004	38.000.000
4. Taksit	03.01.2005	38.000.000
5. Taksit	03.02.2005	38.000.000

Teklifi Hazırlayan:

Asar İletişim Hattı 90212.334 2 334 - 444 1 999

TEK VE ONERİLERİNİZİ LÜTFEN AŞAĞIDAKİ İLETİŞİM HATLARIMIZA BİLDİRİNİZ.
Tel: 0800 211 6141 (Ücretsizdir) Faks: 0212 292 0272 e-mail: iletisim@axaoyak.com.tr



AXA OYAK

AXA SAĞLIK SİGORTASI TEKLİFİ

31.08.2004

ATIN

TEMİNAT ADI	Sigorta Şirketi Katılım Oranı (%)	Teminat limitleri
TARAK TEDAVİ GİDERLERİ	%100	Limitsiz
İL YARDIM TEMİNATI	%100	AXA ASSISTANCE
İNİ UZUV GİDERLERİ	%100	5.000.000.000 TL
AKTA TEDAVİ GİDERLERİ		
Doktor Muayene (Beher Muayene)	%80	75.000.000 TL
İlaç (Beher Reçete)	%80	75.000.000 TL
Tahsil (Beher Olay)	%80	125.000.000 TL
Röntgen (Beher Olay)	%80	125.000.000 TL
DAVİ GİDERLERİ		
Fizik Tedavi (Yıllık)	%80	800.000.000 TL
Küçük Müdahaleler (Yıllık)	%80	800.000.000 TL
DERN TANI YÖNT. (Yıllık)	%100	1.280.000.000 TL
Enjiyografi (Beher Olay)	%80	950.000.000 TL
MR (Beher Olay)	%80	750.000.000 TL
Sintigrafi (Beher Olay)	%80	800.000.000 TL
Tomografi (Beher Olay)	%80	750.000.000 TL
Endoskopi (Beher Olay)	%80	450.000.000 TL
Doppler (Beher Olay)	%80	350.000.000 TL
GUM GİDERLERİ (Yıllık)	%100	3.250.000.000 TL
RDİ KAZA		
Kaza Sonucu Vefat		25.000.000.000
Kaza Sonucu Maluliyet		125.000.000.000
TOPLAM PRİMİNİZ	971.850.000 TL	

ÖRNEKTİR

Ferdî Kaza Teminatları poliçede yalnızca 1. Sigortalı için geçerlidir.

	29 yaş	971.850.000 TL.

Cinsiyet

K

H/P İndirim

0.00%

H/P Sürprim

0.00%

Poliçe Süresi

365

İ teklifimiz hazırlanırken, sağlık sigortasından yararlanacak kişilerin sağlıklı olduğu, aylararak, geçmiş rahatsızlıkları ile sürmekte olan tedavileri ve Ferdî Sağlık Sigortası vuru Formu'nda Beyan edilen bilgiler risk kabul birimince değerlendirilecektir.

noterapi-Radyoterapi ve Diyaliz giderleri, Yatarak Tedavi Teminatından %100'ü olarak karşılanmaktadır.

me Planınız %20 Peşin + 5 Taksit Olarak Seçilmiştir. Peşin Ödemelerde İndirim Yapılmaktadır.

teklif Sigorta Etiren'in ANKARA ilinde ikamet ettiği beyanına göre verilmiştir.

teminatlar AXA OYAK Hayat A.Ş.'nin tüm anlaşmalı kurumlarında değil, sadece Eko Sağlığım Anlaşmalı Kurumları'nda geçerlidir. Sağlığım Anlaşmalı Kurum Ağı dışında, poliçe özel şartlarında belirtilen özel koşullar geçerlidir.

ardaki teklif 31 TEMMUZ 2004 tarihine kadar geçerlidir.

ÖDEME PLANI		
Taksit	Vadeler	Taksit Tutarları (TL)
Peşinat	03.09.2004	194.370.000
1. Taksit	03.10.2004	155.496.000
2. Taksit	03.11.2004	155.496.000
3. Taksit	03.12.2004	155.496.000
4. Taksit	03.01.2005	155.496.000
5. Taksit	03.02.2005	155.496.000

asarı İletişim Hizmetleri 334 - 444 1 999

TEK VE ÖNERİLERİNİZİ LÜTFEN AŞAĞIDAKİ İLETİŞİM HATLARIMIZA BİLDİRİNİZ.
İ: 0800 211 6141 (Ücretsizdir) Faks: 0212 292 0272 e-mail: iletisim@axaoyak.com.tr

Sigortalananak kişilerin: (Lütfen tükenmez veya dolmakalem kullanarak, büyük harflerle ve okunaklı doldurunuz. Adınızı nüfus cüzdanınızdaki gibi, doğum tarihinizi de gün, ay ve yıl olarak belirtiniz.)

Police No:.....
(Şirket tarafından doldurulacaktır)

501504

	Kendisi	Eşi	Çocuk	Çocuk
Adı				
Soyadı				
Cinsiyet	E ☐ K ☐	E ☐ K ☐	E ☐ K ☐	E ☐ K ☐
Doğum Tarihi	 / /	 / /	 / /	 / /
Doğum Yeri				
Baba Adı				
Anne Adı				
Anne Kızlık Soyadı				
Medeni Hali	E ☐ B ☐	E ☐ B ☐	E ☐ B ☐	E ☐ B ☐
Uyruğu				
Vergi Dairesi				
Vergi Numarası				
TC Kimlik No.				

Eğitim Durumu

Unsur Bilgileri	İlk	Orta	Lise	Önlisans	Lisans	Master	Doktora
Kendisi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eşi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Çalışma Durumu

	Ücretli Maaşlı	Yevmiyeli	Serbest	İşveren	Ev Kadını	Öğrenci	Emekli	Diğer
Kendisi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Eşi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

	Mesleği	İşi	Görevi	İşyeri Adı	İş Tel	İş Faks	e-mail
Kendisi							
Eşi							

Sigortalı Ev Adresi (Sigortalıya ait bilgiler için yazışma adresi)

İl:	Cad/Bulv:	Blok No.:	İş Tel:
İlçe:	Mevki:	Kapı No:	Gsm:
Köy:	Sok/Çıkma:	Kat No:	Ev Tel:
Mah:	Site Kooperatif/Konak/Villa:	Daire No:	e-mail:
Semt:	Apt/Kısım:	Posta Kodu:	İş Faks:

Tazminat Ödemeleri İçin Sigortalılara Ait Banka Hesap Bilgileri (ortak hesap ise tüm kişileri yazınız.)

Hesap Sahibinin/ Sahiplerinin Adı Soyadı	Banka Adı	Şubesi	Hesap No

Sigorta Ettiren Gerçek/Tüzel Kişi Bilgileri (Sigortalananak olan ve sigorta ettiren aynı kişi ise bu bölümü boş bırakınız)

Adı:	Medeni Hali E ☐ B ☐	Baba Adı:	Uyruğu:
Soyadı:	Doğum yeri:	Anne Adı:	T.C. Kimlik No:
Cinsiyeti: E ☐ K ☐	Doğum tarihi: / /	Anne Kızlık Soyadı:	Mesleği:
İşi:	Görevi:	İş Yeri Adı:	Gsm:
Eğitim Durumu: İlk ☐ Orta ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Master ☐ Doktora ☐	Ücretli Maaşlı ☐ Yevmiyeli ☐ Serbest ☐ İşveren ☐ Ev Kadını ☐ Öğrenci ☐ Emekli ☐ Diğer.....	Şirket Kurum Adı:	Faaliyet Konusu:
Grup Holding:	Kuruluş Tarihi: / /	Vergi Dairesi:	Vergi Numarası:
e-mail- İnternet sitesi:		Tel:	Fax:

Sigorta Ettiren Adresi (Resmi yazışma ve tahsilat bilgileri için adres)

İl:	Cad/Bulv:	Blok No.:	Posta Kodu:
İlçe:	Mevki:	Kapı No:	İş Tel:
Köy:	Sok/Çıkma:	Kat No:	İş Faks:

Aşağıdaki seçeneklerden birini talebiniz doğrultusunda işaretleyin.

İlk Yıl Poliçe Talebi	☐	Yurtdışı Ek Poliçe Talebi	☐	Poliçeye kişi zeyili	☐	Poliçe No:		Kart No:																						
Aile Hekimliği	Optimum	Limitli	Vitalis Sağlık	Özel Sağlık Sigortası										Yurtdışı Ek Sağlık Sigortası																
	1	2	1	2	1A	2A	1B	2B	1C	2C	1A	1B	1C	1D	2A	2B	2C	2D	2E	3A	3B	3C	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B

Ferdî Kaza Teminatı için Lehtar Kanuni Varisler ☐ veya Adı, Soyadı: _____

Sigortalı Adayının Adı:	Tanı-Tedavi - Sağlık Kurumu Açıklaması	Başlama Tarihi	Süresi	Şu Andaki Durumu:
1	☐ E ☐ H Başka bir şirket veya Koç Allianz tarafından daha önce red edilen, muafiyet ve/veya sürprim uygulanan sağlık veya hayat sigortanız oldu mu?			
Evet ise:				
2	☐ E ☐ H Başka bir şirket veya Koç Allianz'da, daha önce ya da halen yürürlükte olan hayat veya sağlık sigortanız var mı?			
Evet ise:				
3	☐ E ☐ H SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı veya başkaca bir sosyal sağlık güvenceniz var ise lütfen belirtiniz...			
Evet ise:				
4	☐ E ☐ H Sigara ve/veya alkol kullanımı var mı?			
Evet ise: Kendisi: Sigara adet/gün Alkol:.....kadeh/hafta Eşi: Sigara adet/gün Alkol:.....kadeh/hafta				
Lütfen adayların sıra numarasına uygun olarak boy ve kilo bilgilerini aşağıya kaydediniz.				
1. Kişi:.....cm/.....kg 2. Kişi:.....cm/.....kg 3. Kişi:.....cm/.....kg 4. Kişi:.....cm/.....kg				
5	☐ E ☐ H 18 yaşından büyük erkek adaylar için: Askerlik yapmasına engel bir sağlık sorunu var mı?			
Evet ise:				
6	☐ E ☐ H Bayan adaylar için: Gebelik mi geçirdiniz? Doğum düşük, kurtaj, kısırlık tedavisi oldu mu?			
Evet ise:				
ŞU ANDA VEYA DAHA ÖNCE, AŞAĞIDA BELİRTİLEN HASTALIK/RAHATSIZLIKLARLA İLGİLİ TEŞHİS KONULDU MU, TEDAVİ GÖRDÜNÜZ MÜ?				
7	☐ E ☐ H İyi huylu veya kötü huylu tümörler, Sinir Sistemi Hastalıkları (migren, sara, felç vs.), Psikolojik (asabi-ruhi) Rahatsızlık/Hastalık, Göz/Deri Hastalıkları, Alerji, Karaciğer /Pankreas/Mide/Barsak Hastalıkları, Üriner Sistem ve Böbrek Hastalıkları/Genital Organ (prostat, rahim yumurtalık, vs.) Hastalıkları, Eklem, Kas, Kemik Hastalıkları / Romatizmal Hastalıklar, Omurga-Disk Hastalıkları (bel, göğüs, boyun omurga fıtıkları, vertebra hastalıkları v.s.)			
Evet ise:				
8	☐ E ☐ H Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları/Hipertansiyon/Şeker Hastalıkları/Astım/Alerji/Akciğer Hastalıkları			
Evet ise: Lütfen ekteki Kalp ve Damar Sistemi / Hipertansiyon/Şeker Hastalıkları -Kronik Solunum Yolu Hastalıkları Ek bilgi formlarından ilgili olanı doldurup imzalayınız.				
9	☐ E ☐ H K-n veya Kan yapıcı Organ Hastalıkları var mı? HIV-AIDS testi yapıldı ise, normal dışı değerler saptandı mı?			
Evet ise:				
10	☐ E ☐ H Kozmetik (estetik) Operasyonlar geçirildi mi, herhangi bir protez takıldı mı?			
Evet ise:				
11	☐ E ☐ H Yukarıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili gelişmiş bir yan etki veya komplikasyon var mı?			
Evet ise:				
12	☐ E ☐ H Herhangi bir laboratuvar (kan, idrar tahlili vb.) veya klinik incelemede normal dışı değerler saptandı mı?			
Evet ise:				
13	☐ E ☐ H Bugüne kadar aşağıdaki tetkiklerden herhangi biri yaptırıldı mı? Sonuçları normal bile olsa lütfen raporunu ekleyiniz. Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans (MR), Mamografi, Ultrasonografi (USG), Endoskopi (gastroskopi, kolonoskopi vb.), Biyopsi, Anjiyografi, Ekokardiografi, Treadmill (Stress test-eforlu EKG)			
Evet ise:				
14	☐ E ☐ H Yukarıda sayılanlar dışında herhangi bir nedenle doktor veya sağlık kurumuna başvuruldu mu? Hastaneye yattınız mı? Tetkik -Tedavi-Ameliyat önerildi mi?			
Evet ise:				

Ben aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak,

- 1- Gerek kendim ve gerekse bu formda belirtilen sigortalıma istediğim aile bireylerim ("Yakınlar") hakkında yukarıda verdiğim bilgileri eksiksiz ve doğru olup, önemsiz görerek beyan edip etmemek konusunda şüphe duyduğum hiçbir bir rahatsızlık bulunmadığını, KOÇ ALLIANZ'ın bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, ve yukarıdaki sorulardan "EVET" veya "HAYIR" olarak işaret koymadığımı soruların bulunması durumunda, bu sorunun cevabının "HAYIR" olarak anlaşılması gerektiğini kabul, beyan ve taahhüt ederim.
- 2- KOÇ ALLIANZ, bu ön bilgi formundaki ("Form") beyanına dayanarak daha önce sigortalısı olduğum sigorta şirketlerinden gelecek bilgi ve belgeleri beklemeksizin işlem yapabilir. FORM'un KOÇ ALLIANZ tarafından teslim alınması, KOÇ ALLIANZ için sigorta sözleşmesi yapmak anlamında bir kabul veya taahhüt değildir. FORM'un doldurulduğu tarih ("Form Tarihi") ile KOÇ ALLIANZ'ın değerlendirme sürecinde ve kabulü söz konusu ise sigorta sözleşmesi veya poliçenin düzenlenmesi tarihi arasında geçen sürede oluşan veya daha önce sigortalısı olduğum sigorta şirketlerinden poliçenin düzenlenmesinden sonra elde edilen bilgi ve belgelerden tespit edilen riskler ve/veya rahatsızlıklar nedeniyle KOÇ ALLIANZ'ın tek taraflı olarak sigorta sözleşmesinden veya poliçede değişiklik yapmak veya poliçeden tümde caymak hakkının saklı olduğunu kabul ve beyan ederim.
- 3- KOÇ ALLIANZ, FORM TARİHİ'nden itibaren başlayarak ve KOÇ ALLIANZ tarafından kabul edildiği takdirde, düzenlenecek poliçe süresince gerek FORM'daki kendim ve YAKINLAR'ım hakkındaki beyanlarım ve gerekse herhangi bir zamandaki kendim ve /veya YAKINLAR'ım ilişkin taleplerim hakkında, bu beyan ve talebimin detaylarının belirlenmesi ve / veya doğruluğunun tesbiti için, dilediği doktor ("Doktor" hastane, laboratuvar dahil ve bunlarla sınırlı olmamak üzere tüm sağlık kurum ve kuruluşları ("Sağlık Kurum ve Kuruluşu") ve diğer sigorta şirketleri nezdinde inceleme yaparak, gerek kendim ve gerekse YAKINLAR'ıma ait hasta bilgi ve/veya belgelerini ("Bilgi ve/veya Belgeler" dilediğinde temin edebilir. Bu madde çerçevesinde KOÇ ALLIANZ 'a verdiğim bu yetkinin kullanılmasına engel olmak üzere, sonrada hiçbir SAĞLIK KURUM ve KURULUŞU veya DOKTOR veya sigorta şirketleri nezdinde girişimde bulunmayacağımı; KOÇ ALLIANZ tarafından BİLGİ ve/veya BELGELER'in kullanılmasının, poliçeden doğan sigorta ilişkisi ile sınırlı olarak ve doğrudan şahsıma ve/veya gerektiğinde adli makamlar önünde ibraz edilmesi ile sınırlı olması kayıt ve şartıyla gerek KOÇ ALLIANZ, gerekse BİLGİ ve/veya BELGE 'yi temin eden DOKTOR, SAĞLIK KURUM ve KURULUŞU'nu veya sigorta şirketlerine karşı, sağlık mevzuatı dahil ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde hukuki ve cezai yönden hiçbir girişimde bulunmayacağımı; hiçbir hak ve talebimin bulunmadığını hususlarını gaynkabili rücu olarak beyan kabul ve taahhüt ederim.
- 4- Poliçenin düzenlenmesi halinde, poliçe özel ve genel şartlarını okuyarak, itirazım varsa, tazminat talebinde bulunmadan önce, ve her halükarda poliçenin başlangıç tarihinden en geç 30 gün içinde bu itirazı KOÇ ALLIANZ'a yapmadığımı takdirde, poliçenin tüm özel ve genel şartları ile hakkımda hüküm ifade edeceğini pesinen kabul ve beyan ederim.

ÖRNEKTİR

TARİH (FORM TARİHİ) :/...../20.....

BEYAN SAHİBİ (SİGORTALININ KENDİSİ)

İMZASI:

ADI :

SOYADI :

Sigorta Ücreti: TL. Ödeme Türü: Peşin: ☐ Taksitli: ☐ Ödeme Şekli: Kredi Kartı: ☐ Banka Ödeme Kuponu: ☐

Kredi Kartı Bilgileri:

Kart No: Güvenlik No: Son Kullanma Tarihi:/...../.....

Sigorta Ettiren olarak, otomatik olarak yenilenen poliçe dönemi başlamadan önce yazılı talimatla durdurmanızı bildirmedığım takdirde, bu ve bundan sonra yenileyeceğiniz poliçelerimin primlerini yukarıdaki kendi kredi kartı hesabımdan almanız için size yetki veriyorum.

Kredi Kartı Sahibi (Sigorta Ettiren) Adı, Soyadı ve İmzası

Makbuz (Acente / Müşteri Temsilcisi Tarafından Doldurulacaktır)

Sayın 'den, pey akçesi olarak TL (yazı ile.....

taahh edilmiş olup, bu bedel sigorta primi değildir. Bu tutarın tahsil, sigorta sözleşmesinin kurulması veya poliçenin düzenlenmesi sonucunu doğurmaz, ancak

KOÇ ALLIANZ'ca uygun görülerek, sigorta sözleşmesinin kurulması veya poliçenin düzenlenmesi halinde, prim borcuna mahsup edilmesini; aksi halde ise, tahsil edilen bu tutarın ödeme tarihinden itibaren en geç 1 ay içerisinde derhal ve defaten iade edilmesini temin etmeyi kabul ve taahhüt ederim. / /

Acente / Müşteri Temsilcisi :

Adı Soyadı : Partaj No : Şube No : Ekip No :

İMZA