

INSURANCE POLICY SPECIAL TERMS & CONDITIONS

This policy covers the minimum requirements of the circular dated 10/05/2016 and numbered 16 (Updated by the circular dated 25/12/2024 and numbered 2024/34) on Health Insurances for Visa and Residence Permit requests.

This policy is issued for residency permit applications of students/interns incoming Turkey within Erasmus program.

SECTION A: SUBJECT MATTER AND SCOPE OF THE INSURANCE

GIG Sigorta A.Ş. will provide the insurance described in this policy, that is only valid at home in domestic policies; to the Insured(s) named in the Application in return for the premium and compliance with all applicable with general and special terms of this policy.

SECTION B: DEFINITIONS

Emergency Evacuation: means medical evacuation of the patient to the nearest hospital as urgent medical and surgical care are required due to an illness or bodily injury which is firstly diagnosed and has become symptomatic during the term of policy and occurred at once, or transportation of the patient to another place within the Coverage Territory (SECTION H) of the policy after treatment at the nearest local hospital.

Inception Date: Policy coverage items shall become effective as of inception date set forth in the policy subject to the premium or its first installment being collected. In cases where the policy is modified by subsequent amendments, the inception date pertaining to such modifications shall be the effective date of such amendments.

Severe Injury or illness: means an injury or illness that is diagnosed by a doctor as a life-threatening harm for the insured.

Baggage: shall be defined to mean a piece of baggage which was checked in and in the custody of a common carrier and belonging to passengers.

Pair or set of items: means items of personal property which are substantially the same, complementary or designed to be used together.

Valuables and electronic/other equipment: means photographic, audio, video, electronic, electrical equipment (including cds, dvds, video and audio tapes and electronic games), MP3 players, computer equipment, binoculars, antiques, jewelry, watches, furs, silks, precious stones and articles made of or containing gold, silver or precious metals

Permanent Residence: The city at home where insured is permanently residing at the date of issue of the policy, or where insured are temporarily residing for a period of more than three months.

Doctor/Doctor of Medicine: Refers to any person who is lawfully authorized to offer medical and surgical services in his/her geographical area of employment. The term doctor also refers to the licensed doctor of medicine, who works in the scope of his/her license and is a holder of a medical degree given by a recognized institution and who is registered to Turkish Doctors' Union. The term doctor includes the terms specialist and the term surgeon as well. Doctor cannot be relative of the insured or policyholder as spouse, children (incl. adopted and stepchildren), siblings, siblings-in-law, parents, parents-in-law, grandparents, grandchildren, step-parents, aunts, uncles, nieces and nephews.

Spouse: means the insured's legal wife or husband.

Hospital: Refers to a medical institution which is recognized by medical legislation, and which:

- (a) has a valid license for medical services (if it is necessary as per applicable legislation),
- (b) has the primary function of treating and curing injured or diseased people,
- (c) has a staff consisting of one or multiple doctors who is/are permanently and physically available in its facilities,
- (d) provides 24 hours nursing services and has at least one certified-qualified nurse who is permanently available in its facilities,
- (e) has organized diagnosis and surgical intervention possibilities either within its own facilities or in any other facility contracted with the hospital on the basis of previously-executed agreements,
- (f) does not act as a clinic, nursing or rehabilitation center for old persons, old-age home, convalescent center or any other similar organization, which fall outside the scope of its primary function.

Sickness: means an illness or disease which first manifests itself and is contracted while this policy is in effect requiring treatment by a doctor.

Land / Sea Arrangements: means pre-paid travel arrangements for a scheduled tour, trip or cruise included within the description of covered trips and arranged by a tour operator, travel agent, cruise line or other organization.

Inclement Weather: shall be defined to mean bad weather conditions approved by relevant institution and causing delays in scheduled departure and arrival dates of ticketed common carrier.

Reasonable and Customary Expenses: means the following expenses: Costs of treatment, drugs and services required for insured's treatment. Those costs shall not exceed similar normal fees and costs of treatment, drugs and services in the place the costs are incurred.

Deductible: means the amount of expenses or the number of days to be paid or supported by the insured person before the policy benefits become payable.

Pre-existing Condition: means a condition for which medical care, treatment, or advice was recommended by or received from a doctor preceding the effective date of coverage, or all condition for which hospitalization or all surgery was required preceding the effective date of coverage. **Travel/ Trip:** means Land/Sea arrangements which include any flight connections joining or departing the Land/Sea Arrangements.

Strike and Lockout: Walking out by workers by the way of collective walk out with the aim of stopping activity or hindering significantly with regard to the nature of the work by mutual agreement or upon decision of any organization having the same purpose shall be defined to mean strike.

Single Trip: A single return trip beginning and ending in the borders of Turkish Republic. Cover is only available from the inception date to ending date stated on the policy.

Prevented from taking the Trip: is the situation of cancellation of travel that constitutes an evidence for the situation requiring the cancellation of the trip with respect to any vital illness,

injury or death of the insured or his/her any Immediate Family Member and also demonstrated by doctor's report.

Unable to continue the trip: is the suggestion of discontinuance of travel given by a doctor on account of insured's Medical Requirement based on the seriousness of the situation, due to any vital illness or death of the insured or insured's any Immediate Family Member. Insured is required to be under direct care and intervention of a doctor.

Insurer: Refers to GIG Sigorta A.Ş., a recognized insurance company who has already registered and obtained a valid operating license in the country where this insurance policy has been issued.

Insured: Refers to the person(s), aged minimum 6 months and maximum 65 years (both inclusive), who do not have Turkish Republic citizenship, who has applied for insurance policy, and as a result, in favor of whom, the travel insurance policy has been issued and whose name(s) appear on this insurance policy.

Insurance Policy: Refers to the document which states the policy terms and conditions and has been issued as per relevant provisions of the Turkish Commercial Code in accordance with the insurer's insurance contract.

Medical Treatment Expenses: means the expenses of following necessary services and drugs up to the limits specified in the policy and pursuant to general and special terms of the insurance policy in case of an accidental injury or Sickness of the insured which is firstly diagnosed and has become symptomatic during travel; They include:

- a) the services of a doctor;
- b) hospital confinement and use of operating room;
- c) anesthetics (including administration), x-ray examinations or treatments, and laboratory tests;
- d) ambulance service; and
- e) drugs, medicines, and therapeutic services and supplies.

Coverage Limit: Refers to the upper limit corresponding to relevant coverage, as indicated in the general and special conditions of this insurance policy.

Medical Requirement: means, the doctor's recommendation which is:

- a. consistent with the symptoms, diagnosis and treatment of insured's condition;
- b. appropriate with regard to standards of good medical practice; and
- c. not primarily for the convenience of the insured.

Injury: Refers to the bodily injury that occurs within the insurance period caused by accidents occurred out of the will of the insured due to a sudden and external event.

Age: means the official age, as calculated on the basis of such date of birth as indicated in the official documents such as identification card, passport, etc. regardless of the date of birth provided on the application form or claim form.

Home: shall be defined to mean the geographical zone included within the borders of the Republic of Turkey and Northern Cyprus Turkish Republic and their customs stations.

War: shall be defined to mean war and similar attacks, whether declared or undeclared, including the use of military force by any sovereign state in order to achieve economic, geographic, nationalist, politic, racial, religious or any other similar purposes.

Public transport: means a land, sea or air vehicle of an operator licensed for the transportation of fare paying passengers and operating over established routes and in accordance with published timetable.

Certificate of Flight: is the standard certificate of flight issued by airline operating agency or the state authority having judicial power on civil aviation registered in its country.

Preferred Medical Organization: is the hospitals, clinic and private doctor clinics having agreement with GIG Sigorta A.Ş. in order to provide service to insureds. Updated list of preferred medical organizations can be reached from the web address www.gig.com.tr on the 'Preferred Medical Organization' item located under the 'Preferred Organization' title or by calling 444 1 244 GIG Sigorta Medical Provision Center. Insurer keeps the right to revise the preferred medical organizations.

Public Medical Organizations: These are the public medical organizations chosen by the insured for health services, as listed in the Circular on Health Insurance Required for Visa and Residence Permit Applications (2024/34) dated 25/12/2024.

SECTION C: COVERAGE PERIOD

Unless otherwise specified, the insurance coverage shall commence at 00:00 a.m. local time in Turkey on the inception date and expires at the time insured complete the trip; or at 23:59 p.m. local time in Turkey on the ending date of the policy whichever is earlier.

SECTION D: ELIGIBILITY

Anyone who is ranging in age from 18 (included) to 65 (included), who does not have any condition that may prohibit his/her from taking out this policy, as indicated in the declaration presented while making policy application eligible to apply for taking out this policy.

SECTION E: BENEFITS

This policy has been arranged within the General Terms and Conditions of Travel Health Insurance.

Within the limitations of International Trade Controls and Economic Sanctions, the Insurer will not make any payments to sanctioned persons and organizations; it will be paid within the extent and under conditions permitted by the scope of the sanction, to the relevant health institution located in the Republic of Turkey for treatment expenses, to the relevant assistance company located in the Republic of Turkey for expenses within the scope of Death Repatriation or Medical Evacuation benefits, in line with the policy limit and conditions and upon the payment request of the health institution or assistance company providing the service to the insurer.

Medical Accident & Sickness Expenses

Insured's medical treatment expenses that insured make for treatment of a serious injury or sudden illness occurred during insured's travel shall be paid up to maximum amounts stated in coverage limits in direction of deductibles stated for each event unless it does not arise from a pre-existing situation. Medical expenses shall be paid for necessary medical treatment or surgical intervention and services including hospital, treatment and ambulance service within limits stated in coverage limits.

Exclusions:

1. Services, medicines, treatment or hospital cares that are not approved to be necessary

medically or not advised by a doctor

2. Routine physical examinations or similar examinations and laboratory diagnosis or x-ray examinations,
3. Cosmetic or plastic surgery interventions provided that they are not as result of an accident,
4. Diagnosis and treatment of acne,
5. Surgery interventions necessary for wry noses and healing it,
6. Organ transplants that competent medical professionals consider experimental,
7. Well child care including exams and immunizations,
8. Expenses which are not exclusively medical in nature,
9. Eyeglasses, contact lenses, hearing aids, and examination for the prescription or fitting thereof, unless Injury or Sickness has caused impairment of vision or hearing
10. Treatment provided in a government hospital or services for which no charge is normally made,
11. Mental, nervous, or emotional disorders or rest cures
12. Pregnancy and all related conditions, including services and supplies related to the diagnosis or treatment of infertility or other problems related to inability to conceive a child; birth control, including surgical procedures and devices.

Emergency Medical Evacuation

If injury by accident / illness that is not pre-existing and which is acute require insured's transportation from the place where insured stay, reasonable and customary expenses up to maximum limits shown in coverage limits shall be paid by insurer. Direction should be given by a doctor or hospital approving that injury or illness require urgent medical transportation for Medical Transportation in case of Emergency State/Discharge.

For patient transportation benefit to be used in case of Emergency State/Discharge of an insured person at Home, it is obligatory that transportation of the insured to his/her permanent residence be mandatory medically, GIG Sigorta A.Ş. Claims Department should be notified and arrangements to come under cognizance of GIG Sigorta A.Ş. In case transportation is made without notifying GIG Sigorta A.Ş. Claims Department, transportation fees shall not be paid by the insurer.

Repatriation of Remains

In case the insured dies, reasonable and customary expenses up to the Repatriation of Remains and Burial expenses coverage limit relating to return of the corpse to the country or city of deceased's residence and deceased's burial shall be paid by Insurer. The following expenses are included:

- The cost of a coffin
- Transportation expenses to the country or city of deceased's residence
- Burial expenses

Accidental Death and Permanent Disability

These items of coverage shall be applicable under Personal Accident Insurance General Conditions.

In Personal Accident Insurances of minors who are under the age of 18 within the scope of article 1490-2 of the TCC; Accidental Death Cover is limited to invoiced funeral expenses.

Prescribed Medicines: Expenses related with the medicines for which a doctor prescription is required for purchase, which have been prescribed by a doctor for treatment of a covered illness or injury occurred during insured's travel shall be paid up to maximum amounts stated in coverage limits for each event unless it does not arise from a pre-existing situation.

Baggage Loss (Airline only)

Insurer will pay up to the coverage limit for (only check-in items by the airline company) items owned (not borrowed or rented) by insured which are lost, stolen or damaged during a scheduled flight while in the custody of an airline company. Insurer will only pay for the items which are usually carried by travelers for their individual use during a trip.

Please note:

- Payment will be based on the value of the property at the time it was lost, stolen or damaged or the cost of its repair. A deduction will be made for wear, tear and loss of value depending on the age of the property.
- Benefit will be paid by the insurer in excess of any payments made by an airline.
- The maximum amount insurer will pay for any one item, pair or set of items is shown in the policy certificate.

What insured is not covered for:

1. Loss, theft or damage to baggage that is not in the custody of an airline.
2. Loss, theft or damage to baggage that is posted or sent separately.
3. Any claim for loss, theft or damage to baggage which insured does not report to the airline within 24 hours of discovering it and which insured does not get a written report for. If the loss, theft or damage to insured's property is only noticed after insured has left the airport, insured must contact the airline in writing with full details of the incident within seven days of leaving the airport and get a written report from them.
4. Loss, theft or damage to valuables, money, jewelry, travelers cheques, cheques, postal and money orders, identity cards, passports, driving licenses, travel tickets and other travel documents, petrol coupons and credit vouchers.
5. Claims where insured is unable to provide receipts or other reasonable proof of ownership wherever possible for the items being claimed.
6. Loss, damage of any fragile, perishable items and food or any damage cause to other item by these goods,
7. Mechanical or electrical failure or breakdown, any digitally stored information.
8. Damages which would not get the item unusable,
9. If insured's property is delayed or detained by Customs, the police or other officials.
10. Losses caused by mechanical or electrical breakdown or damage caused by leaking powder or fluid carried within insured's baggage.
11. Contact or corneal lenses, sunglasses, prescription glasses or spectacles, dentures, hearing aids, artificial limbs, paintings, electronic devices, mobile phones, computers, bicycles and their accessories, motor vehicles and their accessories (this would include keys), marine craft and equipment, music instruments and medicines

12. Baggage loss or delay due to intermediate transfer

13. Portable containers such as suitcase, bag, box for carrying a insured traveler's belongings. (Except total loss of the portable container which is documented by the airline)

Bail Bond (Cash Advance)

In case the insured person is under arrest due to any reason during policy coverage, insurer shall ensure payment of cash surety to the insured via credit card, bank number or other channels provided that insurer is informed immediately. In case the insured person cannot establish his/her innocence, obligation to return advance price to the insurer arises. In these cases, paid advance costs shall be returned to the insurer in cash and in the same amount at the latest within 7 working days following confirmation of the crime. In case it is not returned, the insurer shall be able to use all of his/her legal rights.

Legal Fees (Cash Advance)

Official fees that occur as result of insured's detention or being arrested wrongly by any government or external force shall be paid to the insured within coverage limits. In case the insured person cannot establish his/her innocence, obligation to return advance price to the insurer arises. In these cases, paid advance costs shall be returned to the insurer in cash and in the same amount at the latest within 7 working days following confirmation of the crime. In case it is not returned, the insurer shall be able to use all of his/her legal rights.

Medline Ambulance Service

This indemnity covers the transportation and assistance expenses that might be caused by transportation of the insured by ground ambulance operating under a local license from his/her location to the nearest hospital within the borders of the Turkish Republic due to an accident or illness related emergency case. To access this assistance service please call Medline Alarm Center phone number 444 12 12.

Medline Medical Consulting Assistance

Upon request of the insured to the Medline Medical Processing Center, based on the information given by the insured on the telephone, consultants of the Medical Processing Center will provide telephone medical consultation to the insured without any actual medical treatment. To access this assistance service please call Medline Alarm Center phone number 444 12 12.

SECTION F: WAITING PERIODS

Coverage is provided within the scope of Travel Health Insurance General Conditions, and no waiting period is applicable to this policy.

SECTION G: EXCLUSIONS

In addition to the exclusions stated in Article 4, 5, 6 of Personal Accident Insurance General Conditions and Article 9 of Travel Health Insurance General Conditions, the insured will not covered in case one or more of the following cases occurs;

Sanctions Clause

Notwithstanding any other terms under this policy, the Insurer and/or any Reinsurer shall not be deemed to provide cover and shall not be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim, or provision

of such benefit would expose the Insurer or Reinsurer to any sanction, prohibition, or restriction under:

- United Nations (UN) sanctions or regulations,
- European Union (EU) sanctions or regulations,
- United Kingdom's Office of Financial Sanctions Implementation (UK OFSI),
- United States Department of the Treasury's Office of Foreign Assets Control (OFAC),
- or any other applicable trade or economic sanctions imposed by Canada.

In addition, if, during the policy period, the Insurer determines that the Policyholder or any beneficiary or affected party under this policy is, or has become, subject to any of the above-mentioned sanctions lists, the Policyholder/beneficiary/affected party shall be deemed to have accepted all related legal and financial liabilities in advance. In such a case, the Insurer shall have no further obligation to provide cover, pay claims, or offer any benefit under this policy.

This policy will not cover any loss, injury, damage or legal liability arising directly or indirectly from planned or actual travel in, to, or through Cuba, Iran, Syria, Sudan, North Korea, or the Crimea region.

In case of violation of this clause, the insurer will not be responsible for providing benefits and the policy will be deemed null and void from the beginning.

This policy is not valid on any kind of balloon and cruise tours.

SECTION H: COVERAGE TERRITORY

This insurance coverage shall be applicable only in Turkey.

SECTION I: COMMON PROVISIONS

Contract: This contract has been issued on the basis of the insured's declaration and imposes the obligation to provide true declaration upon the policyholder /insured. Setting out the rights and liabilities of both parties; i.e., the insurer and the policyholder, this contract consists of the policy and amendments thereto. All types of losses and damages that might be caused by the insured's / policyholder's failure to make true declaration either during execution of this contract or during the life of the policy or after occurrence of any loss may be reflected to the insured / the policyholder in accordance with the relevant provisions of Turkish Commercial Code and General Conditions.

Validity of the Contract: This insurance policy shall be valid as the origin of the travel is within the borders of the Republic of Turkey.

Effective Date: This is the date stated in the application as the contracted departure date; except Section Trip Cancellation where cover shall commence on the date the insurance certificate has been countersigned and the total premium has been paid.

Declaration: In this policy, which has been issued on the basis of the insured's declaration, the insured is obliged to answer all the questions correctly, and to declare all the matters that may affect the assessment of the risks constituting the subject matter of the insurance to the best of his/her knowledge. If the insured has made false or incomplete declaration; insurer may terminate the policy. Insurer gets the right of premium for the covered period. If false or incomplete declaration by the insured or the policyholder is known after occurrence of the loss and if the loss has a risk relation with incomplete declaration, then no

indemnity payment shall be made. If the loss has no risk relation with the false or incomplete declaration, then the indemnity shall be paid after deducting the difference between the premium that has become due and the premium that was paid.

Concealment or Fraud: The entire policy will be void if, whether before or after a loss, insured have, related to this insurance,

If insured behave as follows with respect to the insurance, this insurance policy shall fall void before or after occurrence of loss.

- a. intentionally concealed or misrepresented any material fact or circumstance;
- b. engaged in fraudulent conduct; or made false statements.

In unintentional cases, if insured misrepresent, then the insurer shall be entitled to choose to keep insurance policy effective by collecting premium difference of the risk in proportion to its weight, or to terminate the policy. If the insurer prefers to terminate, it shall notify the insured within one month about the grounds of termination. The insurance shall draw to close after 15 days at 12:00 a.m. following the posting of termination notice and the amount of premium relating to non-operating insurance period shall be reimbursed. The right of termination which is not used in due time shall be forfeited. If misrepresentation and defective statement is learned after the occurrence of loss, events caused by intentional action of the policyholder shall not be covered; in unintentional cases, a deduction shall be made from the coverage in proportion of effectuated premium to the premium to be effectuated.

Pecuniary Indemnity / Claims: Insured's written request for pecuniary indemnity shall be submitted to insurer within 5 days after the occurrence of loss. If insured's goods covered by this insurance policy incur damages or losses, then insured have to do the following:

- a. To claim to the insurer within the shortest possible time,
- b. To take immediate measures so as to preserve, safeguard and/or regain the goods covered by insurance policy,
- c. Immediately to give notice to the carrier of luggage office which is or may be responsible for the said loss or damage,
- d. In case of burglary or robbery, to give information to the police office or other relevant authorities within 24 hours and to prepare necessary documents.

After any bodily injury covered by the insurance policy has occurred, indemnity claim should be submitted to the insurer in a reasonable manner and within the shortest possible time which should be less than 20(twenty) days.

Proof of Loss: In the event of any loss indemnity covered by this insurance policy for any periodic payment, written evidence of loss should be submitted to insurer within 90 days after the period which insurer is responsible for, expires. Claim for loss indemnity should be made within 90 days following the date of such occurrence. Not providing such evidence in due time, shall not make the indemnity invalid or reduce the amount of indemnity, if submission of such evidence is impossible in the said period. However, this evidence should be submitted to insurer within the shortest possible time.

Valuation of Lost Goods: Insurer will not pay more than the actual cash value of the property at the time of loss. Damage will be estimated according to actual cash value with proper

deduction for depreciation. At no time will payment exceed what it would cost to repair or replace the property with material of like kind and quality.

Misstatement of Age: In case of false declaration of insured's age, the following principles shall apply:

- In case of a claim if the actual age of insured is higher than declared, then the indemnity shall be reduced in the ratio of the paid premium to the premium that should have been paid.
- any surplus premium that has been paid due to incorrect declaration of age shall be returned to the insured without any interest.
- In cases where the insurer determines that the insured's actual age is higher than the maximum age covered under the policy then the policy will be cancelled and the insurer will notify the insured in writing of the cancellation and refund any premium collected, and any claim that has become present therewith shall not be satisfied by the insurer.

Reasonable Care and Assistance: The insured is obliged to take all reasonable precautions to abstain from any loss or damage or decrease it as much as possible and try to recover the loss. In addition, insured have to assist the insurer for a reasonable request regarding the entry into force or protection of the subrogation rights that insurer may be authorized, or execution or examination of a request.

Loss Occurrence:

- a) Please receive the list of necessary information and documentation for claiming an indemnity under this policy from insurer after issuance of the policy or at the time of loss following relevant notice.
- b) Upon happening of the loss, please apply to the insurer through address and telephone details indicated on the front page together with necessary information and documentation as soon as possible.
- c) Please act in line with the instructions given by the insurer in the course of claim process.

Competent Court: If the lawsuit is filed on the behalf or opposition of the insured or the policyholder competent court shall be the court located in the place of residence of the insured/policyholder, as indicated in the policy.

Medical Examination: During the period of claim handling and at reasonable intervals, the insurer shall be entitled to demand additional evidence at the insurer's cost, to request the insured to undergo medical examination (examinations), and to have autopsy performed in case of death unless such autopsy is forbidden by laws.

Amendments: Any matter set out in this policy can be changed or amended only by those who hold the authority to sign for and on behalf of the insurer. This policy, together with any amendment and the documents enclosed herewith, constitutes the entire insurance contract. Any amendment to this policy shall not become valid and effective unless the same is approved by the insurer and such approval is supplemented to the policy.

Fraudulent and/or Falsified and/or Misleading Claims: If the claim is fraudulent, falsified or misleading in nature or if the claim is made by the insured, policyholder or any other person acting for or on their behalf or with the authorization of the insured or policyholder by way of

fraudulent, falsified or misleading means or instrument(s), then the insurer shall not be liable to make any payment under this policy in connection with such claim.

Claim rights: According with the article 1420 of the Turkish Commercial Code, all types of claims arising out of this insurance contract shall be forfeited within two years by claim's due date and insurer's rights under the article 1482 of the Turkish Commercial Code remaining reserved, all claims related with the insurance indemnity and benefit shall be forfeited within 6 (six) years by the risk occurrence.

Arbitration: Insurer is a member to arbitration system as per insurance legislation; detailed information is available on www.sigortatahkim.org.

Data Disclosure: Insurer transfers and receives necessary personal information belonging to its policyholders with several governmental and professional organizations and authorities, notably with Insurance Information and Supervision Center, as per applicable legislation. You can access other personal data sharing matters from the attached Disclosure Letter or the Processing And Protection of Personal Data Disclosure policy available at www.gig.com.tr.

In case the insurer asks for information or action from the insured, insured's representative or beneficiary as per Article 1412 of the Turkish Commercial Code no 6102, any misleading or incorrect information to be provided by these persons shall be deemed as a violence of the insured's duty to give information, which is regulated by laws, and in such case, the insurer's rights under Article 1435 and the subsequent articles of the Turkish Commercial Code no 6102 shall remain reserved.

The documents which indicate scope of all coverage items, general conditions, special conditions, clauses, exceptions, and the things to do in case of a loss, and which are inseparable part of this document have been received by the proposer / insured / policyholder as attached to this form. All reasonable costs and expenses to be incurred by the policyholder / insurer / beneficiary in good faith in order to determine the scope of risk, indemnity and the duty to pay shall be notified to the insurer in advance and the documents evidencing such costs and expenses shall be communicated to the insurer so that such costs and expenses are predictable by the insurer.

The insurer reserves its right to ask for further information from the insured in addition to the declarations made in the proposal from until execution of the insurance contract. If the policyholder fails to inform the insurer about any change that has occurred from the date of proposal until its approval by the insurer and that may potentially affect the insurer's decision to enter into insurance contract or the terms and conditions thereto, the policyholder shall be deemed to have violated its duty to give information, and the insurer's rights that are exercisable against the policyholder under applicable laws shall remain reserved.

SECTION J: INDEMNITY PAYMENT

Information and documents that may be asked for by the insurer: Within the scope of the claim file created for a loss covered by this policy, the insurer, whenever it deems necessary, may ask for all types of medical/financial information and documentation pertaining to the

insured from competent authorities on behalf of the insured; in this respect, prior consent of the insured is deemed to be automatically obtained by this policy.

Notice of Claim: Upon the occurrence of a loss, a written notice of claim must be made to the insurer. With respect to any late notice of claim due to force majeure events, the insurer shall be entitled to reduce the indemnity in line with the increase of loss caused by late notice.

Time of Indemnity Payment: All indemnities and benefits payable hereunder shall be paid within the periods in line with regulation after all necessary evidences of loss have been submitted and accepted by the insurer.

Indemnity Claim Forms and Allowed Time for Submission of Evidence:

In cases where the loss has occurred or is to likely occur, the policyholder/insured shall inform beforehand the insurer about reasonable costs and expenses that he/she has made in order to prevent, mitigate or hinder the enlargement of loss or to protect the insurer's rights to recourse to third parties so that such costs and expenses are predictable by the insurer and the insurer can provide the policyholder/insured with necessary instructions aimed at preventing/mitigating potential losses where necessary. The policyholder/insured is obliged to follow aforesaid instructions as long as they are practicable and/or performance of such instructions do not aggravate his/her conditions and/or such instructions do not violate the duty of the policyholder/insured to prevent/mitigate potential losses and/or such instructions are efficacious in nature.

The policyholder has to provide all necessary and satisfactory documentary evidence of the loss which would be expected from the policyholder and it must be submitted to the insurer within reasonable time. The policyholder/insureds have to provide their consents to relevant authorities / medical institutions to release relevant to claim information to the insurer and they are responsible to take any required actions in order to enable the insurer to receive this information. In case of violation of this responsibility, the insurer shall be entitled to reduce the indemnity in line with the expected reduction of insurer's liability should the required information have been received. All insurer's rights in accordance with the Turkish Commercial Code of Conduct are reserved.

Public Medical Organizations: If the insured receives healthcare services from public medical organizations, the costs of healthcare services provided under emergency conditions will be processed in accordance with Circular No. E-96773357-030.03-248245921 issued by the General Directorate of Public Hospitals of the Republic of Turkey Ministry of Health.

SECTION K: AUTOMATIC RENEWAL

This policy will terminate per SECTION L CANCELLATION OF THE INSURANCE CONTRACT item.

SECTION L: CANCELLATION OF THE INSURANCE CONTRACT/TERMINATION

1- Expiry of the Insurance Policy: Insurance policy coverage shall expire, upon exiting by custom stations of the Republic of Turkey and/or on the date of contracted return date specified in the policies. And coverage will not re-start with the re-entry by custom stations of the Republic of Turkey.

However in the event of the expiry of insurance policy coverage as mentioned above and/or it shall expire upon the earliest of the following:

- If the insured does not pay the premium stated on the policy fully, insurance coverage and

liability of the insurer shall not start,

- Upon cancellation request of the insured,
- Upon the end of the insured's trip,
- Upon death of such insured or policyholder,
- On the expiry date of insurance period as stated on the policy,
- On the expiry of the maximum insured duration per any one trip which starts by the entrance from custom stations of the Republic of Turkey.

2- If the first installment or total of the premium is not paid at the due date, the insurer may terminate the contract within three months, unless payment is made. If the following premiums are not paid at the due date, the insurer expects to fulfill the debt by providing ten days period to the policyholder, otherwise, insurer notice that the policy will be deemed terminated at the end of the period. If the debt is not paid at the end of this period, the insurance contract will be terminated.

If the policyholder is notified twice within the policy period, the insurer may terminate the policy to effect a provision at the end of the insurance period. The insurer's other rights under the Turkish Code of Obligations shall remain reserved for the default of the policyholder.

3- The insurance policy is void if the policyholder's intention is accrued in case of failure or violation of disclosure by the policyholder. If the policyholder had no intention, insurer may terminate the contract within 1 month from the date of awareness of the breach of this duty or may request an additional premium.

4- As insurer become aware of an aggravation of the current conditions or risk occurrence within the policy term or existence of events that can be considered as a risk aggravation for the policy, insurer may terminate the contract within a month by this date or may request an additional premium. If the additional premium is not accepted within the day, the contract is deemed to have been terminated.

5- In case of any request for termination of the policy in accordance with the policy provisions by the policyholder or termination of the policy or deemed to be terminated by the insurer, the amount of premium that the insurer has become entitled to collect for the period that has passed beginning from the policy inception date shall be calculated on a daily basis; and if the amount of premium paid by the policyholder is greater than the amount entitled by the insurer, the difference shall be refunded to the policyholder.

6- Within the scope of Article 7 of Circular No. 2021/8, this policy cannot be cancelled upon the insured's request, except for the situations listed below;

- Submission of a new travel health insurance policy covering the visa permit period to the insurer,
- Rejection of the visa application or abandonment of the visa application

SECTION M: POLICY PREMIUM

Premium of this policy has been paid up fronting cash and the policy serves as the receipt.

In cases where insurance premiums are paid by credit card, the insurer's liability shall commence with the date on which the policy first premium deposit is withdrawn from the insured's credit card.

You can communicate your requests, recommendations or complaints regarding your policy through;

Our customer call center (444 1 244) or our e-mail addresses

Insurance Association of Turkey (www.tsb.org.tr)

With the Circular dated 2011, via e-government (<https://www.turkiye.gov.tr/>)

Insurance and Private Pension Regulatory and Supervisory Authority affiliated to the Ministry of Treasury and Finance (sdkbilgi@hmb.gov.tr.)

Barbaros Mah. Kardelen Sok.

Palladium Tower No:2, Kat: 27-31-34-35

34746 Ataşehir / İstanbul

Only the Turkish policy is valid. In case of any discrepancy between the Turkish policy and its English version with regards to their interpretation or understanding, solely the Turkish policy shall be binding upon the Parties. Since the transaction has a foreign element the negotiations and interactions during the formation of this policy have been conducted in English. Thus an English version of the Turkish policy is also drafted upon request.

SİGORTA POLİÇESİ ÖZEL ŞARTLARI

İş bu poliçe 10/05/2016 tarih ve 16 sayılı Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelge' de belirlenen asgari teminat yapısını (25/12/2024 tarihli ve 2024/34 sayılı genelge kapsamındaki değişiklikler ile) kapsamaktadır.

İşbu poliçe Erasmus öğrencilerinin ikamet izni başvurusu için düzenlenmiştir.

BÖLÜM A: SİGORTA KONUSU VE KAPSAMI

GIG Sigorta A.Ş. bu sigorta poliçesinde anılan sigortayı prim ödemesi karşılığında ve bu poliçenin genel ve özel şartlarına uyulmak kaydıyla Başvuru Formu' nda adı geçen sigortalı (sigortalılar) için sadece yurt içinde geçerli olmak üzere sağlamaktadır.

BÖLÜM B: TANIMLAR

Acil Durum Nakli: Poliçe süresi sırasında ilk defa tanı almış ve belirti veren bir hastalık veya yaralanma sonucunda ani olarak ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi ve cerrahi bakım gerektiren sigortalının en yakın hastaneye nakli veya en yakın yerel bir hastanede tedavi gördükten sonra sigorta poliçesinin Coğrafi Kapsamı (BÖLÜM H) dâhilindeki bir yere tıbbi nakli anlamına gelir.

Başlangıç Tarihi: Poliçede belirtilen başlangıç tarihi esas alınmak üzere tüm primin veya ilk prim ödemesinin tam olarak tahsil edildiği andan itibaren poliçe teminatları yürürlüğe girmektedir. Sonradan poliçeye zeyil ile yapılan değişiklikler olması durumunda ise bu değişikliklere ait başlangıç tarihi, zeylin yürürlüğe girdiği tarihtir.

Ciddi Yaralanma ya da Hastalık: Bir doktor tarafından sigortalının yaşamı için hayati tehlike yarattığı öngörülen bir yaralanma ya da hastalık anlamına gelmektedir.

Bagaj: Havayolunun kontrol ettiği ve emanetinde bulundurduğu yolculara ait eşya anlamına gelir.

Çift ya da Set Halindeki Eşyalar: Birebir aynı olan, birbirinin parçası olan veya beraber kullanılmak üzere tasarlanmış kişisel eşyalardır.

Kıymetli Eşyalar ve Elektronik / Diğer Ekipmanlar: Fotoğraf, ses, görüntü, elektronik, elektrikli cihazlar (cd'ler, dvd'ler, ses ve görüntü kasetleri ve elektronik oyunlar dâhil olmak üzere), MP3 oynatıcı, bilgisayar ve ekipmanları, dürbün, mikroskop, antika eşyalar, mücevherat, saat, kürk, ipek, kıymetli taşlar ve altın, gümüş veya kıymetli metaller ile yapılmış eşyalar.

Daimi İkametgâh: Sigortalının poliçe düzenlenirken daimi ikamet ettiği veya üç aydan uzun süre geçici olarak ikamet ettiği yurt içindeki şehirdir.

Doktor/Tıp Doktoru: Çalıştığı coğrafi bölgede tıbbi ve cerrahi hizmetler sunmaya yasal olarak yetkili olan kişi anlamına gelir. Ayrıca doktor, lisansının kapsamı dâhilinde faaliyet gösteren ve onaylı bir kurum tarafından verilen bir derece sahibi ve Türk Tabipler Odası'na kayıtlı olan lisanslı tıp doktoru anlamında kullanılır. Doktor terimi mütehassis ve cerrah terimlerini de kapsar. Doktor sigortalı veya sigorta ettirenin eş, çocuk (evlat edinilmiş ve üvey çocuk dâhil),öz ve üvey kardeş, kayınpeder, kayınavide, büyükbaba, büyükanne, torun, öz/üvey anne ve baba, teyze, amca, kız ve erkek yeğen gibi aile yakını olmamalıdır.

Eş: Sigortalının resmi karısı ya da kocası anlamına gelir.

Hastane:

- (a) Sağlık hizmetleri için geçerli bir ruhsata (kanunlara göre alınması gerekiyorsa) sahip olan
- (b) Temel işlevi hasta veya yaralı insanları tedavi etmek ve bakımını yapmak olan
- (c) Tesislerde daima ve fiziksel olarak hazır bulunan bir veya birden fazla doktordan oluşan bir kadroya sahip olan
- (d) 24 saat hemşirelik hizmeti sunan ve tesislerinde daima en azından bir kalifiye ve lisanslı profesyonel hemşiresi bulunan
- (e) Kendi tesislerinde ya da önceden yapılmış sözleşmelere göre hastane ile bağlantılı olan başka tesislerde organize tanı ve cerrahi müdahale olanakları bulunan
- (f) Temel işlevinin gereği olan hizmetler dışında, bir klinik veya yaşlılar için bakım evi, huzur evi veya nekahat tesisi veya benzeri bir kuruluş olmayan ve tıbbi mevzuata göre tanınmış bir kurum anlamına gelir.

Hastalık: Bu sigorta poliçesi yürürlükte iken ortaya çıkan ve doktor tarafından tedavisini gerektiren bir hastalık anlamına gelmektedir.

Kara/Deniz Düzenlemeleri: Bir tur operatörü, seyahat acentesi, gemi şirketi ya da başka bir organizasyon tarafından düzenlenen ve bedeli önceden ödenmiş programlı bir tur, seyahat ya da sefer anlamına gelmektedir.

Kötü Hava: Biletli toplu taşıma aracının programlanmış varış ve hareket tarihini geciktiren ilgili kuruluş tarafından onaylanmış kötü hava koşulları.

Makul ve Mutad Giderler: Sigortalının tedavisi için gerekli olan tedavi, ilaç ve servis giderleridir. Giderlerin meydana geldiği yerdeki benzer tedavi, ilaç ve tıbbi servis normal ücret ve masrafları ile sınırlandırılmıştır.

Muafiyet: Poliçe teminat limitlerinde belirtilen ve teminat ödemelerindeki sigortalı katılım payı ve/veya sigortalı tarafından ödenen günlerin sayısı ya da masrafların miktarı anlamına gelir.

Önceden Var Olan Durum: Doktor tarafından poliçe yürürlük tarihinden önceki iki yıl içinde tavsiye edilen ya da verilen tıbbi bakım tedavi ya da öneriler ile poliçe yürürlük tarihinden önceki beş yıl içinde gerekli olan hastane bakımı ya da cerrahi müdahaledir.

Seyahat: Kara/Deniz düzenlemeleri olan uçak seferleri de dâhil olmak üzere kara/deniz programlarıdır.

Grev ve Lokavt: Taşıyıcının tarifeli hareketini ve varışını engelleyen, işçilerin, topluca çalışmamak suretiyle işyerinde faaliyeti durdurmak veya işin niteliğine göre önemli ölçüde aksatmak amacıyla aralarında anlaşarak veyahut bir kuruluşun aynı amaçla topluca çalışmaması için verdiği karara uyarak işi bırakmalarına ve/veya işveren hareketleridir.

Kısa Süreli Seyahat: Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde başlayıp ve biten bir gidiş-dönüş seyahat anlamındadır. Teminat sadece poliçenin başlangıç ve bitiş tarihleri arasında geçerlidir.

Seyahate Engel Hal Olması: Sigortalının ya da birinci derece aile yakınının herhangi bir hayati tehlike taşıyan hastalık, yaralanma ya da ölümü ile ilgili olarak, seyahatin iptal etmesini gerekli kılan duruma ispat teşkil edecek tıbbi doktor raporu beraberinde ortaya çıkan seyahatin iptali durumudur.

Seyahate Devam Edememe Hali: Sigortalının ya da birinci derece aile yakınının hayati tehlike taşıyan hastalığı ya da ölümü sonucu, bir doktorun, durumun ciddiyetine binaen, sigortalının

tıbbi gereklilik yüzünden seyahatini yarıda kesme tavsiyesidir. Sigortalının bir doktorun direkt bakım ve müdahalesi altında olması gerekir.

Sigortacı: Bu sigorta poliçesinin tanzim edildiği ülkede tescil edilip işletme ruhsatı almış Sigorta Şirketi olan GIG Sigorta A.Ş.'dir.

Sigortalı: Kendisinin veya sigorta ettirenin sigorta başvurusunda bulunarak lehine seyahat sigorta poliçesi tanzim edilen en az 6 aylık ve en fazla 65 yaşlarında (bu yaşlar da dâhil) olan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan yabancı uyruklu kişidir.

Sigorta Poliçesi: Sigortacının sigorta sözleşmesi gereğince TTK'nın ilgili maddesine göre düzenlediği ve sigortanın şart ve koşullarını gösteren belgedir.

Tıbbi Bakım Giderleri: Sigortalının seyahat süresince ilk defa tanı almış ve belirti veren hastalık veya bir kaza sonucu yaralanması halinde tedavileri için gerekli masraflar ile aşağıda belirtilen hizmet ve ilaç giderlerinin sigorta poliçesindeki yazılı limitlere kadar sigorta poliçesi genel ve özel şartları çerçevesinde ödenmesidir.

Bunlara aşağıdaki durumlar dâhildir:

- Doktor vizitesi
- Hastane hizmetleri ve ameliyat odasının kullanılması
- Anestezi (yapılması dâhil), röntgen muayenesi ya da tedavisi ve laboratuvar testleri
- Ambulans servisi
- İlaç, tıbbi malzeme ve tedavi için gerekli servisler

Teminat Limiti: Bu sigorta poliçesi genel ve özel şartlarında belirtilen, ilgili teminat kapsamına giren teminat üst bedelidir.

Tıbbi Gereklilik: Doktorun kanısına göre:

- Durumunuzla ilgili semptomlara, teşhislere ve tedaviye uygunluk,
- Tıbbi uygulamanın bilinen standartları ile uygunluk,
- Sigortalının sağlığı için zorunluluk arzı gerekmektedir.

Yaralanma: Sigorta dönemi içinde, ani ve harici bir hadise nedeniyle sigortalının iradesi dışında meydana gelebilecek kazaların neden olduğu bedensel yaralanma anlamına gelir.

Yaş: Başvuru, hasar formları üzerinden yer alan tarihi ne olursa olsun, sigortalı kişinin nüfus kaydı, pasaport gibi resmi belgelerinde yer alan doğum tarihi üzerinden hesaplanan resmi yaşı anlamına gelir.

Yurt İçi: Türkiye Cumhuriyeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları, gümrük kapıları dâhilinde olan coğrafi alandır.

Savaş: İlan edilmiş ya da edilmemiş, ekonomik, coğrafik, milliyetçi, politik, ırksal, dinsel ya da diğer sonuçlara ulaşmak için herhangi bir egemen millet tarafından askeri güç kullanımını da içeren savaş ya da savaş benzeri faaliyetler anlamına gelir.

Toplu Taşıma Aracı: Geçerli bir lisans ile yolcu taşımak üzere önceden belirlenmiş bir güzergâh üzerinde tarifeli olarak çalışan herhangi bir kara, deniz ya da hava taşıyıcısı anlamına gelmektedir.

Uçuş Belgesi: Havacılık acentesi tarafından ya da ülkesinde tescilli olan sivil havacılık üzerinde yargılama yetkisi olan devlet yetkilisi tarafından yayınlanmış olan standart Uçuş Belgesi anlamına gelir.

Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu: GIG Sigorta A.Ş.' den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve sigortacı ile özel anlaşması bulunan hastane, poliklinik ve doktor muayenehaneleridir. Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu bilgilerinin güncel haline www.gig.com.tr sitesinde 'Anlaşmalı Kurumlar' başlığı altında yer alan 'Anlaşmalı Sağlık Kuruluşları' alanını ziyaret ederek veya 444 1 244 numaralı telefon ile GIG Sigorta Medikal İşlem Merkezi aracılığı ile ulaşabilirsiniz. İlgili listede değişiklik yapma hakkını sigortacı saklı tutmaktadır.

Kamu Sağlık Kuruluşları: Sigortalının sağlık hizmeti için tercih etmiş olduğu 25/12/2024 tarihli Vize ve İkamet İzni Taleplerinde Yaptırılacak Sağlık Sigortalarına İlişkin Genelge (2024/34) listelenmiş Kamu Sağlık Kuruluşlarıdır.

BÖLÜM C: SİGORTANIN SÜRESİ

Aksine bir durum ile karşılaşılmadığı takdirde sigorta teminatı poliçede yer alan başlangıç tarihinde Türkiye saati ile sabah saat 00.00'de başlar ve sigortalının seyahatinin son bulması veya poliçede yer alan vade sonu tarihinde Türkiye saati ile gece saat 23.59'da, hangisi daha önce gerçekleşmiş ise teminat kapsamı sona erer.

BÖLÜM D: SİGORTAYI YAPTIRMAK İÇİN KİMLER BAŞVURABİLİR?

18 ile 65 yaşları (bu yaşlar da dâhil) arasında olan ve sigortaya başvururken yaptığı beyanda sigortaya dâhil olmasını engelleyecek şartlardan herhangi birine sahip olmayan herkes sigorta yaptırmak için başvurabilir.

BÖLÜM E: TEMİNATLAR

İşbu poliçe Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları dâhilinde tanzim edilmiştir.

Uluslararası Ticaret Kontrolü ve Ekonomik Yaptırımlar sınırlamaları dâhilinde Sigortacı yaptırıma tabi kişi ve kuruluşlara herhangi bir ödeme yapmayacak olup yaptırımın kapsamı el verdiği ölçüde ve şartlarda, tedavi masrafları için Türkiye Cumhuriyeti'ndeki ilgili sağlık kurumuna, Cenaze Nakli veya Tıbbi Nakil teminatı kapsamındaki giderler için ilgili hizmeti sağlayan Türkiye Cumhuriyeti'ndeki asistans kuruluşuna, poliçe limit ve şartları çerçevesinde ve hizmeti veren sağlık kurumunun veya asistans firmanın sigortacıya ödeme için başvurması üzerine ödenir.

Acil Durumda Tedavi Masrafları

Seyahatiniz esnasında önceden var olan bir durumdan kaynaklanmadıkça, ciddi bir yaralanma ya da ani hastalığın tedavisi için teminat limitlerinde belirtilen azami sınırlara kadar her bir vaka için belirtilen muafiyet doğrultusunda yaptığınız tıbbi bakım giderleriniz ödenecektir. Tıbbi müdahaleler teminat limitlerinde belirtilen limitler dâhilinde, hastane, bakım ve ambulans servisi dâhil, gerekli tıbbi bakım ya da cerrahi müdahale ve hizmetler için ödenecektir.

İstisnalar:

1. Bir doktor tarafından tıbbi olarak gerekli olduğu onaylanmayan ya da tavsiye edilmeyen hizmetler, ilaçlar, tedavi ya da hastane bakımları,
2. Rutin fiziksel muayeneler ya da benzeri muayeneler ve laboratuvar teşhisleri ya da röntgen muayeneleri,
3. Bir kaza sonucu olmamak kaydı ile kozmetik ya da plastik cerrahi müdahaleler,
4. Sivilce teşhis ve tedavisi,

5. Eğri burun ve bunun düzeltilmesi için gerekli olan cerrahi müdahaleler,
6. Tıp uzmanlarının deneysel olduğuna karar verdiği organ nakilleri,
7. Muayene ve aşı dâhil her türlü çocuk bakımı,
8. Tamamen tıbbi olmayan giderler,
9. Yaralanma ya da hastalığın görüş ya da duyma yeteneğini bozması durumları hariç; gözlük, lens, kulaklık alımı ve bunlarla ilgili muayene giderleri,
10. Normal şartlarda ücret alınmayan, resmi bir devlet hastanesinde yapılan tedavi ve sunulan hizmetler,
11. Akli, sinirsel ya da psikolojik hastalıklar ya da istirahat tedavileri,
12. Kısırlık teşhis ya da tedavisi ya da çocuk yapamama ile ilgili sorunların tedavi ve teşhisi ile cerrahi yöntem ve araçlar dâhil hamilelik durumları.

Acil Durumda/Taburcu Halinde Hasta Nakli

Kazaen yaralanma ya da geçmişten gelmeyen ve akut olan hastalık sigortalıyı bulunduğu yerden naklini gerektiriyorsa, teminat limitlerinde gösterilen azami limitlere kadar makul ve mutad giderler tarafımızdan karşılanacaktır. Acil Durum/Taburcu Halinde Tıbbi Nakli için, yaralanma ya da hastalığın acil durum nakli gerektirdiğini onaylayan bir doktor ya da hastane tarafından direktif verilmelidir.

Yurt içindeki bir sigortalının Acil Durumda/Taburcu Halinde Hasta Nakli teminatının kullanılabilmesi için, sigortalının daimi ikametgâhına acil durum naklinin tıbbi açıdan zorunlu olması, GIG Sigorta A.Ş Genel Müdürlük Hasar Servisi'nden onay alınması ve düzenlemelerin GIG Sigorta A.Ş. bilgisi dâhilinde yapılması zorunludur. GIG Sigorta A.Ş. Genel Müdürlük Hasar Servisi'nden onay alınmadan naklin gerçekleştirilmesi durumunda, tıbbi nakil ücretleri sigortacı tarafından ödenmez.

Cenazenin Daimi İkametgâhına İadesi

Sigortalının vefat etmesi halinde, cenazenin kendi daimi ikametine iadesi ve defin masrafları ile ilgili olarak teminat limitleri dâhilinde makul ve mutad giderler tarafımızdan ödenecektir.

Aşağıdaki masraflar bu teminat dâhilindedir:

- a) Tabut,
- b) Cenazenin daimi ikamet adresine ya da ülkeye ulaşım masrafları,
- c) Defin masrafları.

Kazaen Yaşam Kaybı ve Kazaen Sürekli Sakatlık Teminatları

İşbu teminatlar Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde geçerlidir.

TTK 1490-2 maddesi kapsamında 18 yaşını doldurmamış olan küçüklerin Ferdi Kaza Sigortalarında; Kazaen Yaşam Kaybı teminatı faturalanmış cenaze masrafları ile sınırlıdır.

Reçeteli İlaçlar: teminat limitleri dâhilinde, doktor reçetesi ile satın alınabilen, bir doktorun teminat kapsamındaki önceden var olan bir durum ile ilişkisi olmayan sigortalının seyahati süresinde ortaya çıkan bir hastalık veya yaralanma için yazmış olduğu ilaçlar ile ilgili masraflar ödenecektir.

Bagaj Kaybı (Sadece Havayolu ile)

Havayolu şirketi sorumluluğunda iken (Havayolu şirketi tarafından kontrolü yapılarak teslim alınmış olan) tarifeli uçuşunuz esnasında ve sigortalıya ait (ödünç alınmamış veya kiralanmamış) eşyaların kaybolması, çalınması ya da hasar görmesi sonucu oluşan kayıplar,

hava yolu tarafından rapor tutulmuş olması şartı ile teminat limitleri dâhilinde ödenecektir. Sadece seyahat eden sigortalının kişisel kullanımındaki eşyalar için tazminat ödemesi yapılacaktır.

Aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmanızı rica ederiz:

- Tazminat ödemesi, eşyanın çalındığı, kaybolduğu ya da zarar gördüğü andaki rayiç değeri üzerinden yapılacaktır. Eşyanın yaşına bağlı olarak yırtılma ve çalınması sonucu oluşacak hasar ödemesinde aşınma ve yıpranma payı dikkate alınacaktır.
- Sigortacı tarafından yapılacak olan tazminat ödemesi, havayolu şirketinin yapmış olduğu tazminat ödemesini aşan kısmı kapsayacaktır.
- Tek, çift ya da set halindeki eşyalar için yapılacak olan azami teminat ödemesi poliçede yazan eşya başına teminat limiti ile sınırlıdır.

Teminat kapsamına alınmayan durumlar:

1. Havayolu şirketi sorumluluğu altında olmayan bagajların kaybolması, çalınması ya da zarar görmesi
2. Kargoya verilmiş ya da ayrı ayrı gönderilmiş bagajların kaybolması, çalınması ya da zarar görmesi
3. Havayolu şirketine çalınmasının, kaybolmasının veya hasar görmesinin ardından 24 saat içinde bildirilmemesi ve bu durum ile ilgili yazılı bir rapor alınmamış olması. Eşyanızın çalındığını, kaybolduğunu veya zarar gördüğünü havaalanını terk ettikten sonra fark etmeniz durumunda, havayolu şirketi ile irtibata geçip olayın oluşunu detaylı şekilde açıklayan yazılı raporun yedi gün içerisinde alınması zorunludur.
4. Değerli eşyalar, nakit para, mücevherat, seyahat çekleri, çek, posta ya da para havalesi, ticari ve kıymetli dokümanlar, kimlik, pasaportlar, ehliyetler, seyahat biletleri ile diğer seyahat belgeleri ve kredi belgelerinin kaybı, çalınması veya hasar görmesi
5. Fatura ibrazı gereken hasarlarda fatura ibrazının yapılmaması veya kişiye ait olduğunu kanıtlayan belgenin sağlanamaması
6. Akıcı, kırılabilir ve bozulabilir maddelerin, yiyeceklerin kaybolması veya hasar görmesi veya diğer eşyalarda hasara sebebiyet vermesi
7. Mekanik ya da elektronik bozulmalar, dijital ortamda kaydedilen bilgiler.
8. Eşyayı kullanılamaz hale getirmeyen derecede hasarlar
9. Eşyanızın gümrük, polis veya diğer görevliler tarafından alıkoyulması veya hasar görmesi
10. Bagajınızdaki pudra ya da sıvı sızması sonucu oluşan hasarlar veya mekanik ya da elektronik bozulmalar
11. Lens, güneş gözlüğü, numaralı gözlük, takma diş, işitme cihazları, yapay uzuvlar, tablolar, elektronik tüm aletler, cep telefonları, bilgisayarlar, bisikletler ve aksesuarları, motorlu araçlar ve aksesuarları(anahtar dâhil), denizci ekipmanları, müzik aletleri ve ilaçlar
12. Ara transferden kaynaklı bagaj kaybı
13. Valiz, çanta, kutu gibi sigortalı yolcunun eşyalarını taşıma amacı ile kullandığı taşınabilir muhafaza kabı ile ilgili hasarlar (Havayolu tarafından belgelendirilmiş olma kaydı ile kayıp durumu hariç)

Kefalet Ücreti (Avans olarak)

Herhangi bir sebeple sigortalının poliçe teminatı boyunca tutuklu olması halinde, sigortacıya

anında haber verilmesi kaydı ile sigortacı kredi kartı, banka numarası veya diğer kanallar aracılığı ile sigortalıya nakit kefalet ödenmesi sağlayacaktır. Sigortalının suçsuzluğunu ispat edememesi durumunda avans bedelini sigortacıya iade yükümlülüğü doğmaktadır. Bu hallerde, ödenen avans masrafları suçun teyit edilmesine müteakip en geç 7 iş günü içerisinde sigortacıya nakit olarak ve aynı miktarda iade edilecektir. İade edilmemesi halinde sigortacı her türlü kanuni hakkını kullanabilecektir.

Yasal Masraflar (Avans olarak)

Sigortalının herhangi bir hükümet ya da dış kuvvet tarafından yanlışlıkla alıkonması ya da tutuklanması sonucu ortaya çıkan resmi harçlar, teminat limitleri dâhilinde sigortalıya ödenecektir. Sigortalının suçsuzluğunu ispat edememesi durumunda avans bedelinin sigortacıya iade yükümlülüğü doğmaktadır. Bu hallerde, ödenen avans masrafları suçun teyit edilmesine müteakip en geç 7 iş günü içerisinde sigortacıya nakit olarak ve aynı miktarda iade edilecektir. İade edilmemesi halinde sigortacı her türlü kanuni hakkını kullanabilecektir.

Medline Ambulans Hizmeti

Sigortalının T.C. sınırları içerisinde bir hastalık ve/veya kaza nedeniyle ortaya çıkan acil bir durumda bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın sağlık kuruluşuna taşınması için gerekli organizasyon ve nakil masrafları teminat altına alınmaktadır. Bu servisten faydalanmak için 444 12 12 numaralı telefondan Medline Alarm Merkezi ile irtibata geçiniz.

Medline Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık Hizmeti

Sigortalının Anlaşmalı Medikal İşlem Merkezi'ne ulaşan talebi ile Anlaşmalı Medikal İşlem Merkezi hekimleri tarafından, sigortalının (hastanın) telefon aracılığı ile aktardığı bilgiler ışığında herhangi bir fiziki tespit imkânı olmaksızın, sigortalıya (hastaya) aydınlatıcı ve yönlendirici bilgi aktarımı hizmeti sunulacaktır. Bu servisten faydalanmak için 444 12 12 numaralı telefondan Medline Alarm Merkezi ile irtibata geçiniz.

BÖLÜM F: BEKLEME SÜRELERİ

Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları kapsamında teminat sağlanmakta olup poliçe teminatları için bekleme süresi uygulanmamaktadır.

BÖLÜM G: TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları Madde 4,5,6 ve Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 9'da yer alan istisnalara ek olarak aşağıda belirtilen durumlardan biri ya da birkaçının gerçekleşmesi durumunda sigortalı teminatlardan yararlanamayacaktır;

Ticari Yaptırımlar Klozu: Bu poliçede yer alan diğer herhangi bir hükme bakılmaksızın, Sigortacı ve/veya herhangi bir Reasürör, aşağıdaki durumlar kapsamında teminat sağlamış sayılmayacak, herhangi bir tazminat ödemekle yükümlü olmayacak ve herhangi bir menfaat sunmak zorunda kalmayacaktır:

- Birleşmiş Milletler (BM) yaptırım ve düzenlemeleri,
- Avrupa Birliği (AB) yaptırım ve düzenlemeleri,
- Birleşik Krallık Mali Yaptırımlar Uygulama Ofisi (UK OFSI),
- Amerika Birleşik Devletleri Hazine Bakanlığı Yabancı Varlıklar Kontrol Ofisi (OFAC), veya
- Kanada tarafından uygulanan herhangi bir ticari veya ekonomik yaptırım, yasa veya düzenleme kapsamında bir yaptırım, yasaklama veya kısıtlamaya tabi olunması nedeniyle bu poliçe kapsamında teminat sağlanması, tazminat ödenmesi veya menfaat

temin edilmesinin Sigortacı veya Reasürör açısından yaptırımlara aykırılık teşkil etmesi durumunda.

Ayrıca, sigorta süresi boyunca Sigortacı tarafından, Sigortalının veya poliçe kapsamındaki herhangi bir lehtarın/zarar görenin yukarıda belirtilen yaptırım listelerinde yer aldığı ya da sonradan eklendiği tespit edilirse, Sigortalı/lehtar/zarar gören bu duruma ilişkin tüm hukuki ve mali sorumluluğu peşinen kabul etmiş sayılır. Bu durumda, Sigortacının teminat sağlama, tazminat ödeme veya menfaat sunma yükümlülüğü ortadan kalkar.

Bu poliçe, doğrudan veya dolaylı olarak Küba, İran, Suriye, Sudan, Kuzey Kore veya Kırım bölgesinde, buralara veya buralardan geçilerek yapılması planlanan veya yapılan seyahatlerden doğan herhangi bir zarar, yaralanma, hasar veya hukuki sorumluluğu teminat altına almaz.

Bu maddeye aykırı durumlarda sigortacı menfaat sağlama hususunda sorumlu olmadığı gibi poliçe başlangıcından itibaren hükümsüz sayılacaktır.

İş bu poliçe balon ve kruvaziyer turlarında geçerli değildir.

BÖLÜM H: COĞRAFİ KAPSAM

İşbu sigorta teminatı sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları dâhilinde geçerlidir.

BÖLÜM I: ORTAK HÜKÜMLER

Sözleşme: Bu sözleşme, sigortalının beyanına istinaden kurulmuş olup sigorta ettirene / sigortalıya doğru beyanda bulunma yükümlülüğü getirmiştir. Sigortacı ve sigorta ettiren / sigortalı her iki tarafın haiz olduğu hak ve borçları gösteren bu sözleşme, poliçe ve zeyilnamelerden oluşmaktadır. Sigortalı / sigorta ettirenin sözleşmenin yapılması, poliçenin devamı sırasında ve hasar sonrasında doğru beyan vermemesinden doğabilecek her türlü kayıp ve zararlar sigortalı / sigorta ettirene Türk Ticaret Kanunu ve Genel Şartlar ilgili hükümleri gereği yansıtılabilecektir.

Sözleşmenin Geçerliliği: İşbu sigorta poliçesi seyahat başlangıç noktasının Türkiye Cumhuriyeti hudutlarında olması ile geçerlilik arz etmektedir.

Yürürlük Tarihi: Başvuru formunda anlaşmalı hareket tarihi olarak belirtilen tarihtir. Ancak, Seyahatin iptali teminatında kapsam sigorta sertifikasının imzalandığı ve toplam primin ödendiği tarihte başlar.

Beyan Yükümlülüğü: Sigortalının beyanı esas alınarak tanzim edilmiş olan bu poliçede sigortalı kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve sigortanın konusunu oluşturan rizikonun takdirine etki edebilecek, kendisince bilinen ve bilinmesi gereken tüm hususları beyan etmekle sorumludur. Şayet sigortalı veya sigorta ettiren tarafından gerçeğe aykırı veya eksik beyanda bulunulmuşsa sigortacı sözleşmeden cayabilir. Sigortacı rizikoyu taşıdığı süreye ait primlere hak kazanır.

Şayet sigortalı veya sigorta ettiren tarafından gerçeğe aykırı veya eksik beyanda bulunulması hasarın gerçekleşmesinden sonra ortaya çıkması durumunda, bu durumun gerçekleşen riziko ile bağlantısının bulunması halinde tazminat ödemesi gerçekleştirilmeyecektir. Kasten yanlış beyanın gerçekleşen riziko ile bağlantısı yoksa sigortacı ödenen primle ödenmesi gereken prim arasındaki oranı dikkate alarak sigorta tazminatını veya bedelini öder.

Bilgi Gizleme: Bu sigorta poliçesi, sigorta ile ilgili olarak aşağıdaki davranışlarda bulunduğunuz takdirde, kaybın meydana gelmesinden önce ya da sonra geçersiz olacaktır.

- a. Kasten herhangi bir gerçeği ya da olayı saklamanız ya da yanlış sunmanız,
- b. Sahtekarlık yapmanız,

Kastınız bulunmadığı hallerde yanlış beyanda bulunmanız halinde sigortacı, rizikonun, ağırlığı ile mütenasip prim farkını almak sureti ile sigorta poliçesini yürürlükte tutmak veya feshetmek şıklarından birini seçme hakkına sahip bulunmaktadır. Feshi şikkını seçtiği takdirde keyfiyeti, ittıl tarihinden itibaren bir ay içinde sigortalıya ihbar eder. Fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren 15 gün sonra öğleyin saat 12.00'de sigorta sona erer ve işlemeyen sigorta müddetine ait prim iade olunur. Müddetinde kullanılmayan fesih hakkı düşer. Hakikate aykırı veya noksan beyan halleri hasarı vukuundan sonra öğrenilirse, sigorta ettirenin kastı bulunan hallerde tazminat ödenmez, kastı bulunmayan hallerde, tahakkuk ettirilen primle, tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki nisbet dairesinde tazminattan indirme yapılır.

Maddi Tazminat / Kayıp İhbarı: Yazılı tazminat talebiniz sigortacıya kaybın meydana gelmesinden sonra 5 iş günü içinde iletilmelidir. Eğer bu sigorta poliçesine tabi mallarınız hasar görür ya da kayba uğrarsa, aşağıdakileri yapmak zorundasınız:

- a. En kısa zamanda sigortacıya hasar ihbarında bulunmak,
- b. Poliçe teminatı dâhilindeki malları korumak, saklamak ve/veya geri kazanmak için hemen önlem almak,
- c. Kayıp ya da zarardan sorumlu olan ya da olabilecek taşıyıcı ya da emanetçiye hemen ihbarda bulunmak,
- d. Hırsızlık ya da soygun halinde 24 saat içinde polise ya da diğer makamlara bilgi vermek ve gerekli belgeleri tanzim ettirmek.

Sigorta poliçesi kapsamında olan herhangi bir bedeni zararın meydana gelmesinden sonra makul bir biçim ve mümkün olacak kısa bir süre içinde, herhangi bir durumda sözü edilen bedeni zararın meydana gelmesi veya başlamasından itibaren 20 (yirmi) günden geç olmamak kaydıyla, yazılı tazminat talebinin sigortacıya verilmesinin zorunlu bulunması işbu poliçe altındaki yükümlülüğümüze emsal teşkil eden bir koşuldur.

Kayıp Kanıtları: Bu sigorta poliçesinin herhangi bir periyodik ödemeyi kapsama aldığı bir kayıp tazminatı durumunda yazılı kayıp kanıtları sigortacıya sorumlu olduğumuz dönemin bitiminden itibaren 90 gün içinde verilmelidir. Kayıp tazminat talebi ise, bu kaybın meydana geldiği tarihten itibaren 90 gün içinde yapılmalıdır. Süresi içinde bu kanıtların verilmemesi, eğer bu süre içinde kanıtların verilmesi mümkün değilse, tazminatı geçersiz hale getirmeyecek ya da azaltmayacaktır. Ancak bu kanıtların mümkün olan en kısa zamanda sigortacıya iletilmesi gereklidir.

Kayıp Mal Değerlemesi: Kayıp anında malın piyasaya rayiç değerinden daha fazla bir ödeme yapılmayacaktır. Hasar miktarı, eskime payı düşüldükten sonra tespit edilecektir. Hiç bir zaman, yapılacak ödeme benzer kalite ve türdeki malın onarımı ya da değiştirilmesi için gereken tutarı aşmayacaktır.

Yaşın Yanlış Beyanı: Sigortalının yaşının doğru beyan edilmediği hallerde aşağıdaki kurallar uygulanacaktır:

- Herhangi bir hasar vukuunda sigortalının yaşı beyan edilen yaştan büyük ise, ödenmiş olan primin ödenmesi gereken prime oranı nispetinde tenzil edilir.

- Herhangi bir hasar olmaksızın, yanlış beyan ile ödenmiş olan fazlaya ilişkin prim, faizsiz olarak sigortacıya geri ödenecektir.
- Sigortacının, sigortalının gerçek yaşının poliçede belirtilen azami sigortalanabilir yaştan büyük olduğunu tespiti halinde, poliçe geçersiz olacaktır ve sigortacı poliçe iptalini sigortalıya yazılı olarak yapıp aldığı primi iade edecektir ve doğmuş olan hiçbir hasar talebi sigortacı tarafından yerine getirilmeyecektir.

Makul Özen ve Yardım: Sigortalı mümkün olduğunca herhangi bir kayıp ya da zarardan kaçınmak ya da azaltmak için makul önlemlerin tamamını almak ve kaybın geri kazanılması için her türlü çabayı harcama zorundadır.

Bunun yanı sıra, yetkili olabileceğimiz halefiyet haklarının yürürlüğe girmesi ya da korunması veya bir talebin yerine getirilmesi ya da incelenmesiyle ilgili olarak makul bir talebimiz ile ilgili olarak sigortalı sigortacıya yardımcı olmak zorundadır.

Rizikonun Gerçekleşmesi:

- a) Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi, poliçenin hazırlanmasını müteakip veya hasar anında, ihbarı müteakip sigortacıdan temin ediniz.
- b) Rizikonun gerçekleşmesi durumunda derhal veya hasarın belgelenmesi ya da hasarla ilgili tüm önlemlerin alınması koşulu ile, haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren makul süre içinde, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres ve telefonları yer alan sigortacıya başvuruda bulununuz.
- c) Bildirim esnasında, sigortacı tarafından verilen talimatlar çerçevesinde hareket ediniz.

Yetkili Mahkemeler: Sigorta ettirenin, sigortalının veya lehtarın leh veya aleyhine açılacak davalarda onların yerleşim yeri mahkemesi kesin yetkilidir.

Tıbbi Muayene: Sigortacı, ödeme talebinin askıda kaldığı süre içinde ve makul sayılabilecek sıklıkta, masraflar sigortacıya ait olmak üzere ek kanıt talep etme veya sigortalının tıbbi muayeneye (muayenelere) tabi tutulmasını isteme veya ölüm halinde kanunlarca yasaklanmaması şartıyla otopsi yaptırma hakkına sahiptir.

Değişiklikler: Bu poliçede yazılı bulunan tüm hususlar ancak ve sadece sigortacı yetkili imzasına sahip kişiler tarafından değiştirilebilir, düzeltilebilir. Zeyilname ve ekli belgeler de dâhil olmak üzere, işbu poliçe sigorta sözleşmesinin tamamını teşkil eder. Bu poliçede yapılan değişiklikler, sigortacı tarafından onaylanmadıkça ve bu onay poliçeye zeyil edilmedikçe geçerli değildir.

Hileli ve/veya Sahte ve/veya Aldatıcı Hak İddiası: Eğer bu türden hak iddiaları hileli, sahte veya aldatıcı bir şekil içindeyse veya sigortalının, sigortalanan kimse veya sigortalı adına veya sigortalının yetkisiyle hareket eden herhangi bir diğer kimse tarafından herhangi bir hileli, sahte veya aldatıcı araçlarla veya alet(ler) ile desteklenmekteyse, bu durumda herhangi bir hak iddiası ile ilgili olarak sigortacı işbu poliçe altında herhangi bir ödeme yapma yükümlülüğünde olmayacaktır.

Zaman Aşımı: TTK 1420. maddesi uyarınca, sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler, alacağın muaccel olduğu tarihten başlayarak iki yıl ve 1482. madde hükmü saklı kalmak üzere, sigorta tazminatına ve sigorta bedeline ilişkin istemler her halde, rizikonun gerçekleştiği tarihten itibaren altı yıl geçmekle zaman aşımına uğrar.

Tahkim: Sigortacılık mevzuatı uyarınca tahkim sistemine üyeliğimiz mevcut olup, www.sigortatahkim.org sitesinden ayrıntılı bilgi edinebilirsiniz.

Bilgi Paylaşımı: Sigortacı ilgili mevzuat gereği başta Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olmak üzere çeşitli resmi ve mesleki kurum ve kuruluşlarla sigortalıları hakkında mevzuat çerçevesinde gerekli bilgi alma ve bilgi verme işleminde bulunmaktadır. Kişisel veri paylaşımı ile ilgili hususlara Ekte yer alan Aydınlatma Metni'nden veya www.gig.com.tr' de yer alan Kişisel Verilerin Korunması ve İşlenmesi Politikası'ndan ulaşabilirsiniz.

Sigortacı tarafından, 6102 sayılı TTK m. 1412 uyarınca sigortalı, temsilcisi veya lehtarın bilgisi ve davranışına başvurulması halinde, bu kişiler tarafından verilecek eksik/hatalı bilgiler, sigorta ettirenin kanunen düzenlenmiş olan beyan yükümlülüğüne aykırılık olarak kabul edilecek olup, bu hallerde sigortacının 6102 sayılı TTK m. 1435 ve devamında düzenlenen hakları saklı tutulmaktadır.

İşbu belgenin ayrılmaz bir parçası olan ve tüm teminatların kapsamı, genel şartları, özel şartları, klozları, teminat dışında kalan haller, hasar durumunda yapılması gerekenler bu poliçe ekinde teklif sahibi / sigortalı ve/veya sigorta ettiren tarafından teslim alınmıştır.

Sigorta ettiren/sigortalı/lehtar(menfaattar) tarafından, rizikonun, tazminatın veya bedel ödeme borcunun kapsamının belirlenmesi amacıyla iyi niyetle yapılacak olan makul giderler, sigortacı açısından söz konusu masrafların öngörülebilir olabilmesi amacıyla, yapılmadan evvel sigortacıya bildirilecek, yapılan giderlere ilişkin belgeler sigortacıya iletilecektir.

Sigortacının, sigorta ettirenden sigorta sözleşmesinin kurulmasına kadar teklif formunda beyan edilen bilgilere ilave olarak bilgi isteme hakkı saklıdır. Teklifin yapılmasından sigortacı tarafından kabulüne kadar geçen sürede meydana gelen ve sigortacının sözleşmeyi yapıp yapmamasına veya farklı şartlarla yapmasına etki edebilecek konulardaki değişikliklerin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi halinde, sigorta ettiren beyan yükümlülüğüne aykırı hareket etmiş sayılacak olup, sigortacının bu çerçevede sigorta ettirene karşı ileri sürebileceği Kanun'dan doğan tüm hakları saklıdır.

BÖLÜM J: TAZMİNATIN ÖDENMESİ

Sigortacı tarafından talep edilebilecek bilgi ve belgeler: İşbu poliçe ile teminat altına alınmış olan herhangi bir riziko sebebi ile oluşturulacak hasar dosyası için, sigortacı gerekli gördüğü hallerde, sigortalı / mağdur ile alakalı olarak her türlü tıbbi/finansal bilgi ve belgeyi sigortalı / mağdur namına resmi birimlerden talep ve temin edebilir, bu konuda sigortalının ön muvaffakatnamesi, poliçe ile otomatik olarak alınmış sayılmaktadır.

Hasar İhbarı: Sigorta ettiren, rizikonun gerçekleştiğini öğrenince, her bir teminat için geçerli olmak kaydı ile durumu gecikmeksizin sigortacıya bildirir. Rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirimin yapılmaması veya geç yapılması, ödenecek tazminatta veya bedelde artışa neden olmuşsa, kusurun ağırlığına göre, tazminattan veya bedelden indirim yoluna gidilir.

Tazminat Ödeme Süresi: İşbu poliçe genel ve özel şart ve teminatlar dâhilinde vuku bulan bir rizikonun gerçekleşmesi halinde, sigortacı tarafından talep edilen ilgili tüm bilgi ve belgelerin eksiksiz bir şekilde sigortacıya ulaşmasından ve sigortacı tarafından kabul edilmesine müteakip mevzuatta öngörülen sürede ödenecektir.

Tazminat Talep Formları ve Delil İçin Zaman:

Sigorta ettiren/sigortalı, rizikonun gerçekleştiği veya gerçekleşme ihtimalinin yüksek olduğu durumlarda, zararın önlenmesi, azaltılması, artmasına engel olunması veya sigortacının üçüncü kişilere olan rücu haklarının korunabilmesi için, imkânları ölçüsünde alacağı tedbirler

dolayısıyla yapacağı makul giderleri, söz konusu masrafları yapmadan evvel, bunların sigortacı açısından öngörülebilir olabilmesi ve gerektiğinde sigortacı tarafından sigorta ettiren/sigortalıya zararı önleyecek/azaltacak talimatlar verilebilmesine imkân tanıyabilmek amacıyla, sigortacıya bildirecektir. Sigorta ettiren/sigortalı, söz konusu talimatların yerine getirilmesinin kendisi için mümkün olması ve/veya bunların uygulanmasının kendi durumunu ağırlaştırmaması ve/veya verilen talimatların, sigorta ettiren/sigortalının zararın oluşmasını önleme/azaltma yükümlülüğüne aykırı olmaması ve/veya zararı önlemek/azaltmak amacına hizmet etmeyen talimatlar olmadığı sürece, sigortacının bu konudaki talimatlarına uymak zorundadır.

Sigorta ettiren, rizikonun gerçekleşmesinden sonra, sözleşme uyarınca veya sigortacının istemi üzerine, rizikonun veya tazminatın kapsamının belirlenmesinde gerekli ve sigorta ettirenden beklenebilecek olan her türlü bilgi ile belgeyi sigortacıya makul bir süre içinde sağlamak zorundadır. Ayrıca, sigorta ettiren, aldığı bilgi ve belgenin niteliğine göre, rizikonun gerçekleştiği veya diğer ilgili yerlerde sigortacının inceleme yapmasına izin vermekle ve kendisinden beklenen uygun önlemleri almakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlal edilmesi sebebiyle ödenecek tutar artarsa, kusurun ağırlığına göre tazminattan indirim yapılır. TTK zaman aşımı ile ilgili diğer maddeler saklı kalacaktır.

Kamu Sağlık Kuruluşları: Sigortalının Kamu Sağlık Kuruluşlarından sağlık hizmeti alması durumunda, acil hal kapsamında sunulan hizmetler ile ilgili sağlık hizmet bedelleri ile ilgili olarak T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü E-96773357-030.03-248245921 sayılı genelge doğrultusunda ilerlenir.

BÖLÜM K: SÖZLEŞMENİN OTOMATİK YENİLENMESİ

İşbu poliçe; poliçe üzerinde yazılı olan sigorta süresinde Bölüm L'de yer alan SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN FESHİ maddesi kapsamında son bulacaktır.

BÖLÜM L: SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN FESHİ VE SONA ERME HALLERİ

1- Poliçelerde belirtilen anlaşmalı geri dönüş tarihinde ve/veya Türkiye Cumhuriyeti gümrük kapılarından çıkış yapılması ile sigorta poliçesi teminatı son bulur. Türkiye Cumhuriyeti gümrük kapılarından tekrar giriş yapılması durumunda teminat tekrar başlamaz.

Ancak, yukarıda belirtilen sigorta poliçesi teminatı sonlanması durumuna ve / veya aşağıdakilerden en erken olanında sona erer:

- Sigortalı poliçe üzerinde belirlenen primin tamamını ödemez ise, sigorta teminatı ve sigortacının sorumluluğu başlamaz,
- Sigortalının talebi ile poliçe iptal edildiği anda,
- Sigortalının seyahatinin sona ermesinde,
- Sigorta ettiren veya sigortalının ölümü halinde,
- Poliçe üzerinde yazılı bulunan sigorta dönemi bitiş tarihinde.
- Türkiye Cumhuriyeti gümrük kapılarından giriş yapılması itibarıyla başlayan seyahat başına azami teminat süresinin dolması halinde.

2- İlk taksiti veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim zamanında ödenmemişse, sigortacı ödeme yapılmadığı sürece sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. İzleyen primlerin herhangi bir zamanda ödenmemesi halinde ise, sigortacı sigorta ettirene on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi halde, süre sonunda sözleşmenin feshedilmiş

sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur.

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Sigortacının sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

3- Sigorta ettiren tarafından önemli hususların bildirilmemesi veya yanlış bildirilmesi halinde sigorta ettirenin kastı tahakkuk ederse, Sigorta Poliçesi hükümsüzdür. Kastı yoksa, sigortacı bu yükümlülüğün ihlal edildiğini öğrendiği tarihten itibaren 1 ay içerisinde sözleşmeden cayabilir veya prim farkı isteyebilir.

4- Sigortacı, sözleşmenin süresi içerisinde, rizikonun gerçekleşmesi veya mevcut durumun ağırlaşmasını ihtimalini ya da sözleşmede riziko ağırlaşması olarak kabul edilebilecek olayların varlığını öğrendiği takdirde, bu tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi feshedebilir veya prim farkı isteyebilir. Farkın gün içinde kabul edilmemesi hâlinde sözleşme feshedilmiş sayılır.

5- Sigorta ettiren tarafından poliçe hükümlerine uygun bir biçimde iletilen fesih taleplerinde veya poliçenin sigortacı tarafından feshedilmesi veya feshedilmiş sayılması hallerinde poliçe başlangıç tarihinden itibaren geçen süre bakımından sigortacının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır ve sigorta ettiren tarafından ödenen prim tutarı hak edilen primden fazla ise aradaki fark sigorta ettirene iade edilir.

6- İş bu poliçe 2021/8 sayılı Genelgenin 7. Maddesi kapsamında sigortalı talebi doğrultusunda aşağıda yer alan durumlar haricinde iptal işlemi yapılmamaktadır.

- Vize izin süresini kapsayan yeni bir seyahat sağlık sigorta sözleşmesinin sigortacıya ibrazı,
- Vize başvurusunun reddi veya vize başvurusundan vazgeçilmesi

BÖLÜM M: SİGORTA PRİMİ

İşbu poliçenin prim tahsilatı nakten veya defaten alınmış olup sözleşme makbuz yerine geçmektedir.

Sigorta ödemelerinin kredi kartı ile yapılması durumunda sigortacının sorumluluğu, poliçe ilk prim peşinatının sigortalının kredi kartından tahsil edildiği tarihten itibaren başlar.

Poliçeniz ile ilgili her türlü talep öneri ve şikâyetlerinizi:

Müşteri iletişim merkezimize veya e-posta adresimiz aracılığıyla (444 1 244)

Türkiye Sigorta Birliğine (www.tsb.org.tr)

2011 tarihli Genelgeyle e-devlet üzerinden (<https://www.turkiye.gov.tr/>)

Hazine ve Maliye Bakanlığı'na bağlı Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu'na (sdkbilgi@hmb.gov.tr),

Barbaros Mah. Kardelen Sok.

Palladium Tower No:2, Kat: 27-31-34-35

34746 Ataşehir / İstanbul