

İçindekiler

A. SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME ÖNCESİ İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ.....	1
A.A. CAN SİGORTALARINA İLİŞKİN TÜRK TİCARET KANUNU'NDAKİ GENEL DÜZENLEME.....	1
BB. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI'NDAKİ ÖZEL DÜZENLEME.....	3
CC. HAYAT SİGORTASI GENEL ŞARTLARI'NDAKİ ÖZEL DÜZENLEME	4
B. UYGULAMADA BU YÜKÜMLÜLÜĞÜN GÖRÜNÜMLERİ.....	6
06.01.2015 tarih ve K-2014/4995 Sayılı Hakem Kararı.....	6
21.11.2014 tarih ve K-2014/4022 sayılı Hakem Kararı.....	7
15.01.2014 tarih ve K- 2014/115 sayılı Hakem Kararı.....	12
24.09.2014 tarih ve K-2014/3153 sayılı Hakem Kararı.....	13
15.05.2012 tarih ve K-2012/551 sayılı Hakem Heyeti Kararı.....	17
28.04.2011 tarih ve K-2011-346 sayılı Hakem Heyeti Kararı.....	18
03.08.2011 tarih ve K-2011/ 670 sayılı Hakem Heyeti Kararı.....	20
18.02.2011 Tarih ve K-2011/125 Sayılı Hakem Heyeti Kararı.....	21
30.05.2011 tarih ve K-2011/ 433 sayılı Hakem Kararı.....	25
22 / 07 / 2011 tarih ve K-2011/624 sayılı Hakem Kararı	27
KAYNAKÇA.....	30

I. HAKEM KARARLARI DERGİSİ İŞİĞİNDA FERDİ SAĞLIK POLİÇESİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

A. SİGORTA ETTİRENİN SÖZLEŞME ÖNCESİ İHBAR YÜKÜMLÜLÜĞÜ

A.A. CAN SİGORTALARINA İLİŞKİN TÜRK TİCARET KANUNU'NDAKİ GENEL DÜZENLEME

Bir sigorta sözleşmesinin kurulması, bu sözleşmenin taraflarını birtakım yükümlülükler altına sokar. Bu yükümlülükler bazen sözleşme öncesinde gerçekleşmiş birtakım olayların bildirilmesini de kapsayabilir. Türk Ticaret Kanunu, genel olarak bu yükümlülükleri 2'ye ayırmıştır:

1. Sigortacının sözleşme öncesi aydınlatma yükümlülüğü
2. Sigorta ettirenin sözleşme öncesi ihbar yükümlülüğü

Türk Ticaret Kanunu'nun 1435'inci maddesinde düzenlenen sigorta ettirenin sözleşme öncesi ihbar görevi, teknik anlamda bir borç değil; bir ödev, bir külfettir. Yani, sigorta ettiren (ve 1412'nci maddede sayılan diğer kişiler) bu ihbar yükümlülüğünü yerine getirmedikleri takdirde bir tazminat yaptırımıyla karşılaşmayacak, yalnız ihbarı yapmış olmaları halinde kendilerine sağlanacak birtakım haklardan yoksun kalacaklardır.

Türk Ticaret Kanunu, 1435'inci maddesinde belirttiği üzere, Sigorta ettiren sözleşmenin yapılması sırasında bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Kanun koyucu bu önemli hususların ne olduğuna dair de bir karene getirmiş ve sigortacıya bildirilmeyen, eksik veya yanlış bildirilen hususlar, sözleşmenin yapılmamasını veya değişik şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte ise bu hususların önemli sayılacağını belirtmiştir. Ayrıca, ilgili maddenin birinci fıkrasının son cümlesi uyarınca, sigortacı tarafından sorulan yazılı ve sözlü tüm hususlar -aksi ispat edilinceye kadar- önemli addedilecektir.

Kanun koyucu, bu beyan için belirli bir şekil öngörmese de, uygulamada sigorta ettirenin beyan yükümlülüğü 2 şekilde yerine getirilmektedir. Bunlardan ilki, beyan yöntemi olup bu yöntemde sigorta ettiren, sigortacının kendisine soru sormasını beklemeksizin kendisi önemli bulunduğu hususları sigortacıya bildirmektedir. Ancak, bu yöntem sakıncalı bir yöntemdir. Çünkü konu ile ilgili teknik bir bilgisi bulunmayan ve tek bağlantısı bir sigorta sözleşmesinin tarafı olmak olan bir sigorta ettirenden tüm önemli hususları tek tek tespit etmesini beklemek, ağır bir yükümlülük olacaktır. Uygulamada kullanılan diğer metod olan ve kanaatimce de daha sağlıklı bir yöntem olan liste yöntemi ise kanun koyucunun "yazılı sorular" kenar başlığı

altında 1436'ncı maddede düzenlediği seçenektir. Bu yönteme göre, sigortacı sigorta ettirene, cevaplama için sorular içeren bir liste vermişse, sunulan listede yer alan sorular dışında kalan hususlara ilişkin olarak sigorta ettirene hiçbir sorumluluk yüklenemeyecektir. Yani burada bütün sorumluluk sigortacıya bırakılmakta, alanında uzman, basiretli bir tacir olarak konu ile ilgili bütün ihtimalleri düşünerek bir belirleme yapması beklenmektedir. Ancak kanunumuz saf liste yöntemini uygulamamaktadır. Yani, bu mutlak bir durum değildir. Eğer sigorta ettiren kendisine yazılı olarak sunulmamış bir hususun önemli olduğunu biliyor yahut bilebilecek bir durumda ise (yani kötü niyetli), kanunun sağladığı bu korumadan yararlanamayacaktır. Bu durumu kötü niyetle sakladığı için kendisine ihbar yükümlülüğünü yerine getirmiş olsaydı sağlanacak haklar sağlanmayacaktır. (TTK madde 1436/1 son cümle.)

Bu yükümlülüğün tarafları kimlerdir sorusunu cevaplayacak olursak maddede açıkça bu ihbarın sigorta ettiren tarafından sigortacıya yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ancak sigorta ettirenin yükümlülüklerinden bahsedilen her kanun maddesi, TTK'nın 1412'nci maddesi ile birlikte değerlendirilmelidir. Buna göre; Kanun'da sigorta ettirenin bilgisine ve davranışına hukuki sonuç bağlanan durumlarda, **sigortadan haberi olması şartı ile** sigortalının, temsilci söz konusu ise temsilcinin, **can sigortalarında da** lehtarın bilgisi ve davranışı da dikkate alınacaktır.

Peki bu yükümlülüğün ihlali halinde karşılaşılabilecek hukuki sonuç nedir? Bunu da kanun koyucu 2'ye ayırarak cevaplamıştır. Bu ayrımı ise ihlalin sigortacı tarafından öğrenilme zamanına göre yapmıştır. (TTK m 1439) Buna göre:

1. Sigortacı, ihlali riziko gerçekleşmeden öğrenmiştir. Bu halde sigortacının 2 hakkı vardır. Bunlardan ilki sözleşmeden caymadır. Sigortacı, ihlali riziko gerçekleşmeden önce öğrenmişse, öğrenmeden itibaren 15 gün içinde sözleşmeden cayabilir, yani sözleşmeyi geçmişe etkili olarak sona erdirebilir (sözleşmeden dönme) İkinci ihtimal ise sigortacı ihlali öğrendiği tarihten itibaren 15 gün içinde prim farkı isteyebilir. Prim farkı talebi sigorta ettirene ulaştığından itibaren 10 gün içerisinde kabul edilmediği takdirde sözleşmeden cayılmış sayılır.

2. Sigortacı ihlali riziko gerçekleştikten sonra öğrenmiştir, ki olayların birçoğunda da durum bu şekilde gerçekleşecektir. Bu halde Kanun koyucu sigorta ettirenin bu davranışı bakımından bir kusur derecelendirmesi yapmıştır ve bağlantı olup olmaması haline göre yine kendi içinde bir ayrıma gitmiştir. Bağlantı, sigorta ettirenin bildirmedeği yahut yanlış bildirdiği husus ile rizikonun gerçekleşmesi arasındaki nedensellik bağıdır. Örneğin, kalp hastası olduğunu gizleyen bir sigorta ettirenin bu hastalık neticesinde ameliyat olması, nedensellik bağına bir örnektir. Ancak bu kişi kalp hastası olduğunu sakladığı halde mide kanaması geçirir ve bir operasyona girerse, burada da kalp hastası olduğunu gizlemesi bir ihlaldir, fakat artık bağlantı yoktur. Buna göre,

- **Sigorta ettirenin kusuru kast derecesinde ise :** Bağlantı var ise sigortacının bedel ödeme/tazminat yükümlülüğü ortadan kalkacaktır. Bağlantı yok ise, sigortacı kendisine ödenmiş olan prim ile ödenmesi gereken prim arasındaki farka göre orantılı bir ödeme yapacaktır. Yani kalp hastası olduğunu bildirseydi kişiden alınacak prim $x+10$ ise, mide kanaması sonucu operasyon geçiren ve yalnızca x prim ödemiş olan kişiye de bir ödeme yapılacak, ancak bu ödemeden bu bedellerin birbirine oranı kadar bir kesinti yapılacaktır.
- **Sigorta ettirenin kusuru ihmâl derecesinde ise :** İhmâl, kast derecesine varmayan kusur olarak anlaşılmalıdır. Örneğin sigorta ettiren 20 yıl önce geçirdiği ve bir daha bir rahatsızlık yaşamadığı bir hastalığını önemli görmemiş ve bildirmemişse, bu ihmâl olarak değerlendirilebilir. Bu durumda bağlantı var ise, ihmâlin derecesine göre tazminatta/bedelde hakimın takdir edeceği oranda bir indirim yapılacak, eğer bağlantı yoksa sigortacı bedeli/tazminatı tamamen ödeyecektir.

Kanun bazı durumlarda sigortacının yaptırım uygulamayacağını belirtmiştir. Bu yaptırım kelimesi yerine her ne kadar kanun koyucu cayma terimini kullansa da, TTK 1442'nci maddede sayılan bu hususların varlığı, dürüstlük kuralı gereği yalnızca cayma yaptırımını değil, sigortacının uygulayabileceği tüm yaptırımları engellemelidir. Buna göre, sigortacı yaptırım uygulamaktan açıkça veya zımnen vazgeçmişse, yaptırıma yol açan ihlale sigortacı sebebiyet vermişse veya sigortacı, sorduğu sorularından bazıları cevapsız bırakıldığı halde sözleşmeyi yapmışsa ve riziko bu cevapsız bırakılan sorularla ilgili olarak gerçekleşmişse artık yaptırım uygulayamamalıdır. (TTK madde 1442)

Son olarak hayat sigortalarına ilişkin özel bir düzenlemeyi belirterek hakem kararlarının değerlendirmesine geçelim. Kanun koyucu 1498'inci maddede sigorta ettirenin sözleşme öncesi ihbar yükümlülüğüne ilişkin hayat sigortalarına özel bir düzenleme yapmıştır. Buna göre, Sigortacı, yenilemeler de dâhil olmak üzere, sözleşmenin yapılmasından itibaren beş yıl geçmişse, sigorta ettirenin sözleşmenin yapılması sırasında beyan yükümlülüğünü ihlal etmiş olması nedeniyle sözleşmeden cayamaz, sadece prim farkı isteyebilir; meğerki, beyan yükümlülüğü kasıtlı bir şekilde ihlal edilmiş olsun. Sigorta ettiren, prim farkını ödemeyi kabul etmezse sigortacı, riziko gerçekleştiğinde ödenen primle ödenmesi gereken prim arasındaki oranı dikkate alarak sigorta bedelini öder. Ancak, risk artışı beyan yükümlülüğünün ihlali nedeniyle sigortacının teknik esaslarına göre saptanan sınırlarının dışında kalmışsa, sigortacı sözleşmeden cayabilir. Yenilenen sözleşmelerde bu süre, ilk sözleşmenin yapıldığı tarihten başlar.

BB. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI'NDAKİ ÖZEL DÜZENLEME

Sağlık Poliçesi Genel Şartları ile Türk Ticaret Kanunu'nun genel sistematığından ayrılmadan, yalnızca sürelerde özel düzenlemeler öngörülmüştür. Buna göre, sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, 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;

- Sigorta ettirenin/sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.
- Sigorta ettirenin/sigortalının kastı 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 tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihin 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.
- Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.
- Sigorta ettirenin/sigortalının kastı 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. (Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6)

Ayrıca belirtilmelidir ki Genel Şartların 16'ncı maddesine göre, sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

CC. HAYAT SİGORTASI GENEL ŞARTLARI'NDAKİ ÖZEL DÜZENLEME

Konumuz can sigortaları büyük başlığı altında değerlendirileceği için, bu konuda Hayat Sigortası Genel Şartları'ndaki – Sağlık Sigortası Genel Şartları'ndaki düzenlemelere oldukça paralel olan- özel düzenlemelere de değinmekte yarar görmekteyiz. Buna göre, Genel Şartlar C-Çeşitli Hükümler, C.2-Sözleşmenin Yapılması Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü bölümüne göre,

- Buna göre; sigortacı, bu sözleşmeyi, gerek sigorta ettiren gerekse bilgisinin olduğu hallerde hayatı sigorta edilenlerin ve temsilci aracılığıyla sigorta yapıyorsa temsilcinin de beyanını esas tutarak yapmıştır. (2.1)

- 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. (2.2)
- 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. (2.2)
- Beyan yükümlülüğünün kasıtlı ihlalinde sigortacı riziko gerçekleşmiş olsa bile sözleşmeden cayabilir ve prime hak kazanır. (2.2)
- 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. (2.2)
- Cayma veya prim farkını talep etme hakkı süresinde kullanılmadığı takdirde düşer. (2.3)
- 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. (2.4)
- Eksik ve yanlış beyan fazla prim alınmasına neden olmuşsa, fazla alınan miktar sigorta ettirene gün esaslı üzerinden iade olunur. (2.5)

Son olarak belirtilmelidir ki, Genel Şartlar C.13'e göre, sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler iki yılda zaman aşımına uğrar.

B. UYGULAMADA BU YÜKÜMLÜLÜĞÜN GÖRÜNÜMLERİ**06.01.2015 tarih ve K-2014/4995 Sayılı Hakem Kararı**

Başvuru sahibi, geçirmiş olduğu operasyona ilişkin hastane masraflarının rahatsızlığının poliçe öncesine dayanıyor olması ve beyan edilmemiş olduğu gerekçesiyle karşılanmaması üzerine 20.11.2014 tarihinde Komisyon'a başvurmuş ve 20.000 TL tutarında hastane masraflarının X Sigorta Şirketi tarafından karşılanmasını istemiştir. Olayın gelişiminden anlaşıldığı üzere, sigortalı 29.03.2002 tarihinden itibaren Y Sigorta AŞ'den Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçesi (ömür boyu yenileme garantisi verilmiş) ile sigortalı iken 29.03.2010 tarihinde ömür boyu yenileme garantisi verilen X Sigorta AŞ Ferdi Sağlık Sigorta Poliçesine poliçe özel şartları dahilinde geçiş yapmıştır. Başvuru sahibi adına düzenlenen Ferdi Sağlık Sigorta Poliçesi 29.03.2014-2015 tarihleri arasında geçerli olup yatarak-ayakta tedavi teminatları bulunmaktadır. Poliçede ömür boyu yenileme garantilidir. Sigortalı 29.05.2014 tarihinde XXX Hastanesi'ne "adet kanamalarının fazla olması" şikayeti ile başvurmuş, yapılan muayene sonrasında başvuru sahibinde bulunan uterus intramural leiomyoma nedeni ile 04.06.2014 tarihinde Acıbadem Maslak Hastanesi'nde laparoskopik myom operasyonu yapılması planlanmıştır. Başvuru sahibi tarafından planlanan operasyonlara ilişkin provizyon talebi, talebe konu rahatsızlığın sigortalıda poliçe tanziminden önce var olduğu gerekçesiyle poliçe özel şartları gereği kapsam dışı görüldüğünden X Sigorta AŞ tarafından karşılanamamıştır. Başvuru sahibinin provizyon talebi, sigortalının sigorta başlangıç tarihi öncesinde 18.01.2011 tarihinde yaptırmış olduğu check-up neticesinde Amerikan Hastanesi tarafından düzenlenen aynı tarihli Radyoloji Sonuç Raporunda başvuru sahibinin "Korpusta arka duvarda 2.3 cm çapta izoekoik hafif heterojen nodüler alanın myom ile 30 uyumlu olabilir" ve "Uterusta bir adet myom" tanılarının konulduğu Şirketçe yapılan araştırmalarda tespit edildiğinden poliçe özel şartları gereği reddedilmiştir. Poliçe özel şartlarının "Diğer Sigorta Şirketi'nden Geçişler" başlıklı maddesinde; "... Önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olsa dahi rahatsızlıkları için risk analizi yapılır, kazanılmış hak kapsamına alınmaz. Başvuru formundaki sağlık beyanı ve hastalık riskleri, geçiş bilgilerinde belirtilen hasar prim oranları hastalık riskleri ve ilk kayıt tarihi bilgileri çerçevesinde risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kabul koşulları belirlenir." ifadesi mevcuttur. Sigortalının 21.03.2011 tarihinde imzalamış olduğu Ferdi sağlık Sigortası Başvuru Formunun Sağlık Beyanı bölümündeki " Kadın hastalıkları (rahim, yumurtalık kisti, myom mesane ve rahim sarkması vb.)" sorusuna hayır cevabı vererek myom hastalığını beyan etmediği tespit edilmiştir. Dosyada mevcut belgelerin değerlendirilmesi sonucu Komisyonca; Sigorta poliçe özel şartlarında, diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde önceki sigorta şirketinde kapsam dahilinde olan mevcut risklerin hak kapsamında sayılamayacağı açık bir şekilde ifade edildiği, sigortalının sözleşmesinin yapılması esnasında TTK madde 1435'inci maddesine göre bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmeyerek (olayda

“hayır” cevabı vererek yanlış beyanda bulunmuştur.) beyan yükümlülüğünü yerine getirmediği kanaatine varılmıştır. Bu sebeple sigorta şirketinin tazminat ödememe kararı uygun bulunmuş ve başvuru sahibinin talebi itiraz yolu açık olmak üzere reddedilmiştir.

21.11.2014 tarih ve K-2014/4022 sayılı Hakem Kararı

A.Ç. mirasçıları tarafından 16/07/2014 tarihinde Sigorta Tahkim Komisyonuna iletilen ve X. A.Ş. ile yaşandığı beyan edilen uyuşmazlık talebinin konusu, başvuru sahiplerinin A.Ç.’nin vefatına ilişkin (2xxxxx7,2xxxx3 ve 2xxxx5 no.lu Güvenli Hayat Sigortası Katılım Sertifikaları ile 2xxxxx3 no.lu Yıllık Yenilemeli Kredi koruma Hayat Sigortası Katılım Sertifikalarına ait) tazminat taleplerinin ödenmesine ilişkindir. Başvuru sahipleri, sigorta şirketi tarafından sigortaya başlamadan önce A.Ç.’nin “Lenfoma” rahatsızlığı bulunmasına rağmen beyan edilmemiş olduğu gerekçesiyle TTK’nın ilgili hükümleri gereği reddedilen 237.733,25 TL’nin tazminat tutarının ödenmesini talep etmektedirler. Komisyonun değerlendirmesine göre, tarafların iddia ve savunmaları kapsamında uyuşmazlığın çözümü A.Ç.’nin vefatına sebep olan rahatsızlığının poliçe tanzim tarihinden önce mevcut olup olmadığı, sigorta şirketinin poliçe tanzimi sürecinde bilgilendirme ve beyan alma konusunda kusuru bulunup bulunmadığı ve müteveffa A.Ç.’nin beyan yükümlülüğünü yerine getirme konusunda kusuru bulunup bulunmadığı hususlarının, ilgili mevzuat hükümleri ve poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde değerlendirilerek sigorta şirketinin tazminat yükümlülüğünün doğup doğmadığı yönünde verilecek karara dayanacaktır. Ayrıca, müteveffa A.Ç.’nin ölüm sebebi ile beyan edilmeyen rahatsızlıkları arasında illiyet bağı olup olmadığı hususunun tespiti gerekmektedir. (Teorik açıklamalarda sözü edilen “bağlantı” hususu) Öncelikle belirtilmelidir ki, A.Ç.’nin mirasçılarınca talep edilen tazminat başvurusuna konu olan 2xxxxx3, 2xxxxx3, 2xxxx5 ve 2xxxxx7 no.lu sertifikaların başlangıç ve bitiş tarihleri sırasıyla 14/06/2013- 14/06/2014, 22/10/2013-22/10/2014, 23/07/2014- 23/07/2014 ve 07/10/2013- 07/10/2014’tür. Sertifikaların teminat tutarları ise sırasıyla 17.733,25 TL 85.000,00 TL, 45.000,00 TL ve 90.000,00 TL olup toplam teminat tutarı ise 237.733,25 TL’dir. igortalı A.Ç.’nin vefat tarihi 06/05/2014 olup dört sertifikanın da 1. yılı içerisinde gerçekleşmiştir. Poliçeler üzerinde Y Bank G.şubesine ait dain-i mürtehin¹ şerhi vardır. Başvuru sahipleri; a) A.Ç.’nin 06.05.2014 tarihinde iş yerinde geçirdiği kalp krizi sonucu vefat ettiğini, 21.05.2014 tarihinde sigorta şirketine yaptıkları başvurunun sigorta şirketince 03.07.2014 tarihli yazıyla reddedildiğini, b) Bahse konu yazıda müteveffa “A.Ç.’nin 2010 yılından beri var olan Lenfoma Kanseri sonucu vefat ettiği” ifade edildiğini, kendisinin sigorta başlamadan önce var olan bu rahatsızlığını saklaması sebebiyle TTK md 1435 ve devamı hükümlerince beyan yükümlülüğüne aykırı davrandığından vekil edenlere tazminat

¹ Dain, alacaklı mürtehin ise rehin demektir. Rehin alacaklı anlamına gelen dain-i mürtehin, bir alacağa teminat sağlamak amacıyla, bir mal üzerine kurulan ve herkese karşı ileri sürülebilen mutlak bir haktr.

Bu hak, alacaklıya “dain-i mürtehin” kaydı konulan malı paraya çevirme yetkisi ya da bu mal üzerinden doğacak tüm hak ve menfaatlere öncelikle sahip olma hakkı sağlar.

ödemesi yapılamayacağını ifade edildiğini, c) 09.06.2014 tarihli Adli Tıp Kurumu AAAA sayılı raporunun sonuç kısmında “yapılan otopsi ve tetkiklerden elde edilen bulgular dikkate alındığında kişinin ölümünün kendinde mevcut kalp hastalığı zemininde gelişen akut myokard infarktüsü (kalp krizi) sonucu meydana geldiği, ölümü üzerinde etkili başkaca bir nedenin tespit edilmediği, d) Geriye dönük son beş yıla ait ilaç kullanım belgesi de incelendiğinde 2012 yılından bu yana ilaç kullanımı da görülmediği, Lenfoma tedavisi sürecinin de kontrollerde araların gittikçe uzadığı ve 2012 yılı başına kadar devam ettiği, 2012 yılı itibarıyla de tam bir iyileşme olduğunu, belirterek poliçe teminat tutarları ile giderler ve vekalet ücretinin kendilerine ödenmesini talep etmişlerdir. Sigorta şirketinin yazısında ise; a) A.Ç.’nin vefatı ile ilgili Şirkete ulaşan evraklarda, sigortalının 2010 yılından beri var olan lenfoma kanseri sonucu vefat ettiği, sigorta başlama tarihinden önce oluşan bu rahatsızlığın kendisi tarafından imzalanan sağlık beyan formunda Şirketçe açıkça sorulmasına rağmen beyan etmediğini, b) TTK Md. 1435 ve devamı hükümlerinde sigorta yapılması sırasında beyan yükümlülüğü ve bu yükümlülüğe aykırılığın sonuçlarının düzenlenmiş olup, sigorta ettiren sözleşmenin yapılması sırasında bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmekle yükümlü olduğunu, c) Sigortalının beyan edilmeyen sağlık durumu ile gerçekleşen vefat arasında sebep sonuç ilişkisi kurulduğundan ve beyan edilmeyen hastalıklar ve gördüğü tedaviler kendisine açıkça sorulmasına rağmen kasten beyan edilmediği ve beyan edilmeyen bu durum bilinseydi sigortanın yapılmayacağı, belirtilerek TTK ve poliçe özel şartlarına göre tazminat ödemesi yapılmayacağı ifade edilmiştir. Dosyada mevcut SGK genel sağlık sigortası genel müdürlüğü’ nün kayıtlarından 26.05.2014 tarihinde alınmış çıktılardan kişi reçete listeleri incelendiğinde A.Ç.’nin 2010 yılında NON-HODGKİN LENFOMA tanısı ile D.... isimli ilaçla kemoterapi tedavisi almış olduğu görülmektedir. SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü’nün kayıtlı 26.05.2014 tarihinde çıktı alınmış kişi reçete listeleri incelendiğinde; 05.01.2010 Tarihinde Dr.D.O.’nun reçete ettiği, B. Eczanesi’nden alınmış reçetede: D. 0,75 mg 20 Tb 1 adet, A. 250 cc Susp. 1adet, N. 10 cc damla 1 adet yazılmış olduğu kayıtlıdır. 25.01.2010 tarihinde Dr.O.M.’nin reçete ettiği, Y (stoklu) eczanesinden alınmış, reçetede; V. 10 MG AMP 4 adet reçete edildiği kayıtlıdır. 25.01.2010 tarihinde Dr.G.G. imzalı Z. Eczanesi’nden alınmış reçetede; U. 300 100 ML 1 FLK alınmış olduğu kayıtlıdır. 48 03.02.1010 tarihinde, Dr. O.M.’nin reçete ettiği, Z . Eczanesi’nden alınmış reçetede; D. KABI 1ADET, 14 GÜNDE 1, D. 50 MG/25 ML, ENJEKSİYON İÇİN SOLUSYON İÇEREN FLK, B. 15 MG FLK 1 ADET, 14 GÜNDE 1, D. 100 MG 10 ML FLK 1 ADET reçete edildiği kayıtlıdır. 17.02.2010 tarihinde Dr. O.M.’nin reçete ettiği, Y. Eczanesi’nden alınmış reçetede; M. 500 MG 20 TB 1ADET, N. 48 MU KULL HAZIR ŞİRİNGA 1 ADET yazıldığı kayıtlıdır. 17.02.2010 tarihinde Dr.O.M.’nin reçete ettiği, Z. Eczanesi’nden alınmış reçetede; D. KABI 1ADET, 14 GÜNDE 1, D. 50 MG/25 ML, ENJEKSİYON İÇİN SOLUSYON İÇEREN FLK, D. 100 MG 10 ML FLK 1 ADET, B. 15 MG FLK 1 ADET, 14 GÜNDE 1 adet reçete edildiği kayıtlıdır. 28.09.2010 tarihinde, Dr. İ.E. imzalı, Ş. Eczanesi’nden alınmış reçetede; F. DAMLA 1 adet reçete edildiği kayıtlıdır. 20.05.2010 tarihli Dr. G.G. imzalı Z. eczanesinden alınmış reçetede; X. 300-100 ML 1

ADET, U. 650 MG 1 ADET reçete edildiği kayıtlıdır. 19.03.2010 tarihli Dr. O.M.'nin reçete ettiği, Non hodgin lenfoma tanısı konduğu, Z Eczanesi'nden alınmış reçetede; D. KABI 1ADET, 14 GÜNDE 1, D. 50 MG/25 ML, ENJEKSİYON İÇİN SOLUSYON İÇEREN FLK, B. 15 MG FLK 1 ADET, 14 GÜNDE 1 adet, D. 100 MG 10 ML FLK 1 ADET reçete edildiği kayıtlıdır. 05.03.2010 tarihinde Dr.O.M.'nin reçete ettiği, Non hodgin lenfoma tanısı konduğu, Z. Eczanesi'nden alınmış reçetede; D. KABI 1ADET, 14 GÜNDE 1, D. 50 MG/25 ML, ENJEKSİYON İÇİN SOLUSYON İÇEREN FLK, B. 15 MG FLK 1 ADET, 14 GÜNDE 1 adet, N.5 MG 5 KAPSÜL 1 ADET reçete edildiği kayıtlıdır. 25.03.2011 tarihinde; Dr. G.G imzalı Z. Eczanesinden alınmış reçetede; I. 300 50 ML FLK 3 ADET, U. 76 50 ML FLK 1 adet reçete edildiği kayıtlıdır. 08.04.2012 tarihli Dr.Ö.T. imzalı Ş. Eczanesi'nden alınmış reçetede; A. 500 MG, 20 TB 1 ADET, K. FORTE TB 1 ADET, B. 7,5 MG, 5 ML, 100 ML 1 ADET reçete edildiği kayıtlıdır. 17.02.2012 tarihli Dr.G.G. imzalı Z. eczanesi'nden alınmış reçetede, U. 300 50 ML 1 FLK 3 ADET, T. 35-50 ML 1 ADET, İ. NAACL 500 ML ŞİŞE 1 ADET, P.-L 40 MG 1 AMP 1 ADET reçete edildiği kayıtlıdır. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan otopsi ile elde edilen makroskopik ve mikroskopik bulgulara göre ölümünün kendinde mevcut kalp hastalığı zemininde gelişen akut miyokart infarktüsü (kalp krizi) sonucu meydana geldiği kanaatine varıldığı görülmektedir. Dosya içeriği dikkate alındığında, Komisyonca dosyanın esastan incelenmesine geçilmeden önce 05/09/2014 tarihinde Komisyon aracılığıyla ilgili poliçelerde mürtehin olarak gösterilen Y Bank AŞ G. Şubesine müzekkere gönderilerek; borcu kapanmayan ve alacaklı olduğu kredilere ilişkin poliçelerden kaynaklı tazminat taleplerine muvafakatlerinin bulunup 49 bulunmadığını sorulmuştur. Söz konusu müzekkereye ilişkin Banka Şubesinin cevabı 28.09.2014 tarihinde hakem heyetine ulaşmıştır. Banka şubesi cevabi yazısında, başvuru sahiplerinin tazminat taleplerine muvafakatlerinin bulunmadığını, belgeli şube masrafları ve vekalet ücreti hariç 15/09/2014 tarihi itibarıyla bankanın güncel alacağının 169.719,05 TL olduğu belirtilmiştir. Hakem Heyetince yapılan değerlendirmede, banka alacak tutarını aşan 68.014,20 TL talep edilen tazminat tutarı kısmı için dosyanın esastan incelenmesine geçilmesine karar verilmiştir. Bu bağlamda kemoterapi tedavisi ve düzenli olarak uzun süre kullanılan D. ilacının kalp krizine neden olan yan etkisinin bulunup bulunmadığının tespiti, Lenfoma hastalığının ölümün gerçekleşmesine etki edebilecek nitelikte olup olmadığı veya ölüm ile beyan edilmeyen Lenfoma hastalığı arasında bağlantı olup olmadığının tespiti hususunda bilirkişi incelemesi yapılmasına, bilirkişi olarak Adli Tıp Uzmanı Doç. Dr. N.C.'nin atanmasına ve yukarıda belirtilen konuda rapor alınmasına ilişkin 1 no.lu ara karar alınmıştır. Bilirkişinin 20/10/2014 tarihli raporunun sonuç bölümünde: "Dosya içerisinde gönderilen tıbbi belgelerin incelenmesinde kişinin 2010 yılında NONHODGKİN LENFOMA tanısı ile D.N isimli ilaçla kemoterapi tedavisi almış olduğu anlaşılmaktadır. Kişinin Non-Hodgkin Lenfoma hastası olduğuna dair bilgiler ne yazık ki sadece reçetelerinin takibinden anlaşılabilir olmuş olması, dosyanın içerisinde tedavi gördüğü hastane dosyası ve epikriz bulunmaması nedeniyle hastalığının evresi, kalp tutulumu olup olmadığı, tam olarak uygulanan tedavi (yanı sıra radyoterapi alıp almadığı) bilinmemektedir. Ancak kardiyotoksik

özelliği bulunduğu bilinen bir ilaçla tedavi olan bir kişinin ölümü kalp krizi sonucu meydana geldiğinde hastalığı, hastalık sırasında kullandığı ilaçla illiyet bağının olmadığı söylenemez. 1- Kemoterapi tedavisinin nadir gözlenen yan etkilerinden biri kalp krizidir. 2- D. isimli ilacın kalp krizine neden olabilecek yan etkileri bulunmaktadır. 3- Non Hodgkin Lenfoma hastalığının kalp krizi gelişmesine etki edebilecek bir hastalık olmakla birlikte hastada kalp tutulumu bulunup bulunmadığı dosyada mevcut belgelerle bilinmemektedir. 4- Ölüm nedeni olan kalp krizi ile lenfoma hastalığı ve kemoterapide uygulanan D. isimli ilacın kalp krizinin meydana gelmesinde etkili olmuş olabileceği kanaatini bildirir rapordur. “denilmektedir. Başvuru sahipleri vekilince Sigorta Tahkim Komisyonu’nu xxxxxxxx sayılı yazıyla; Tebellüğ ettikleri bilirkişi raporu hakkında, Dosyada mevcut reçetelerin takibi ile sigortalının geçirmiş olduğu rahatsızlığı hakkında bilirkişinin sonuca ulaşmaya çalıştığını, dosyada tedavi gördüğü hastane dosyası ve epikriz raporu bulunmadığından net bir sonuca ulaşamadığı ifade edilmiştir. Yazı ekinde (başvuru esnasında temin edilemeyip Komisyona sunulamayan) U. Ü.Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı Biyopsi Sonuç Raporu, 50 ameliyat Raporu ve Epikriz Formu (4 shf.) gönderilerek bu evrakların Dosyaya dahil edilerek yeniden bilirkişiye tevdi edilerek ek rapor düzenlenmesi talep edilmiştir. Talep doğrultusunda Bilirkişinin düzenlemiş olduğu 20/11/2014 tarihli ek rapor mail yoluyla pdf formatında aynı tarihte hakem heyetine intikal etmiştir. Bilirkişinin 20/11/2014 tarihli ek raporunda özetle; Hodgkin lenfoma nedeni ile tedavi edilen hastalarda geç dönemde gelişen koroner arter anomalileriyle mediastinal radyotereapi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, bir önceki rapor sonucunu etkileyecek belge bulunmadığı belirtilmektedir. Müteveffa sigortalı, kendisine ait X Sigorta AŞ’ye ait Güvenli Hayat Sigortası Katılım Sertifikaları ile Yıllık Yenilemeli Kredi Koruma Hayat Sigortası Katılım Sertifikalarının Sigortalının Soru listesi bölümlerini imzalayarak, kanser hastalığının bulunmadığını beyan etmiştir. Ölüm nedeni ile sigortadan evvel mevcut lenfoma hastalığı arasında illiyet bağı olduğu belgelerle sabittir. Vefat tarihinde yürürlükte olan 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu’nun(“TTK”) 1435. Maddesi bu konuda açık hüküm getirmiştir, keza Hayat Sigortaları Genel Şartlarının C.2-2 maddesinde de sözleşmenin yapılması sırasındaki beyan yükümlülüğü düzenlenmiştir. TTK 1435. Maddesi sigorta sözleşmesinin yapılması esnasındaki beyan yükümlülüğüne ilişkin olup; “Sigorta ettiren sözleşmenin yapılması sırasında bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Sigortacıya bildirilmeyen, eksik veya yanlış bildirilen hususlar, sözleşmenin yapılmamasını veya değişik şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte ise, önemli kabul edilir. Sigortacı tarafından yazılı veya sözlü olarak sorulan hususlar, aksi ispat edilinceye kadar önemli sayılır” hükmünü içermektedir. Hayat Poliçesi Genel Şartları C.2. maddesinde de beyan yükümlülüğü düzenlenmiş, ancak TTK 1435. madde düzenlemesine ilave olarak, rizikonun gerçekleşmiş olmasından sonra doğru beyanda bulunma mükellefiyetine sigortalının kasten uymamasının müeyyidesi de düzenlenmiştir. “riziko gerçekleşmiş olsa dahi sigortacıya sözleşmeden cayma ve prime hak kazanma hakkı verilmiştir.”

C.2- Sözleşmenin Yapılması Sırasındaki 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.

Müteveffa sigortalı, kendisine X Sigorta AŞ'ye ait Güvenli Hayat Sigortası Katılım Sertifikaları ile Yıllık Yenilemeli Kredi Koruma Hayat Sigortası Katılım Sertifikalarının Sigortalının Soru listesi bölümlerini imzalayarak bu imzalama esnasında mevcut rahatsızlık ile ilgili saklama iradesi bilinçli bir vaziyette ortaya konulmuştur. Rahatsızlıkların beyan edilmesi halinde sigorta şirketinin poliçe düzenlemekten cayacağı, dolayısıyla da söz konusu kredilerin alınmasının da imkansızlaşacağı sebebiyle kasıtlı olarak sigorta şirketine beyan edilmediği kanaatine varılmıştır. Heyet, sigortalı müteveffa A.Ç.'nin akdin kurulması aşamasında kasıtlı olarak bilinen hastalıklarını gizlediği kanaatine varmıştır. Bu sebeple Hayat Poliçesi Genel Şartları C.2.2. mad. düzenlemesi gereğince sigortacı açısından sözleşmeler hükümsüz olup, tazminat ödeme mükellefiyeti bulunmamaktadır. Sigortalı kasten beyanda bulunma mükellefiyetini yerine getirmemiş olup sigortalılık hakkını kaybetmiştir. Beyan yükümlülüğünün kasıtlı ihlali halinde 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. Yargıtay'ın emsal kararlarında da görüleceği üzere, sigortalının beyan etmemiş veya eksik beyan etmiş olduğu rahatsızlıkları ile vefat nedeni arasında illiyet bağı bulunduğu durumda poliçe hükümsüz kalmakta ve poliçeye ilişkin olarak herhangi bir hak talep

edilememektedir. Tazminat miktarıyla ilgili ayrıca bir inceleme yapılmasına yer olmadığından incelemeye son verilerek hüküm kurulmuştur. Sonuç olarak sağlık kurumlarınca düzenlenen ve detayları yukarıdaki bölümlerde açıklanan diğer belgelerde belirtildiği üzere müteveffa sigortalının 2010 yılında Lenfoma hastalığı tedavisi gördüğü; müteveffa sigortalı, kendisine ait X. Sigorta AŞ'ye ait Güvenli Hayat Sigortası Katılım Sertifikası ile Yıllık Yenilemeli Kredi Koruma Hayat Sigortası Katılım Sertifikalarının Sigortalının Soru listesi bölümlerini imzalayarak, kanser hastalığının bulunmadığını, sigortaya kabul edilmesi halinde sigorta sertifikasının düzenlenmesini, sigorta öncesinden gelen kanser hastalığının teminat kapsamı dışında olduğunu bildiğini beyan ettiği; ölüm nedeni ile sigortadan evvel mevcut lenfoma hastalığı arasında illiyet bağı olduğu belgelerle, bilirkişi raporu ve bilirkişi ek raporuyla sabit bulunmuştur. Söz konusu hastalığın poliçelerin tanzim tarihlerinde beyan edilmediği ve sağlık durumu gizlendiğinden davalı sigorta şirketinin herhangi bir tazminat ödememesi gerektiği sonucuna varılmıştır ve başvuru, itiraz yolu açık olmak üzere reddedilmiştir.

15.01.2014 tarih ve K- 2014/115 sayılı Hakem Kararı

Başvuruda belirtilen, başvuru sahibi B.E. tarafından 03/09/2013 tarihinde Komisyon'a iletilen ve X Sigorta A.Ş. ile yaşandığı beyan edilen uyuşmazlık talebinin konusu, 5xxxxxx2 no'lu Can Sağlığı Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında talep edilen tedavi masraflarına ilişkindir. Başvuru sahibince, X Sigorta AŞ tarafından reddedilmesi nedeniyle ödenmeyen 8.000,00 TL tutarındaki tedavi masraflarının tazmin edilmesi talep edilmektedir. Dava, Sağlık sigortası poliçesi kapsamında gerçekleşen hastane masraflarının ödenmemesine ilişkin olarak Sigorta Tahkim Komisyonu nezdinde açılmış bir davadır. Tarafların iddia ve savunmaları kapsamında uyuşmazlığın çözümü, başvuru sahibinin geçirdiği operasyona ilişkin rahatsızlığının poliçe öncesindeki rahatsızlığıyla illiyet bağı olup olmadığı hususunun ilgili mevzuat hükümleri ve poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde değerlendirilmesi ile tazminat yükümlülüğünün doğup doğmadığı yönünde Komisyonca verilecek karara dayanacaktır. X Özel Sağlık Sigortalarının sigorta ettirenin sözleşme yapılırken beyan yükümlülüğünü düzenleyen madde 6; X 01.11.2011 tarihli Can Sağlığı Sigortası Poliçesi Özel Şartları madde 17; sigortalı sigorta ettiren teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususları beyan etmekle yükümlü olduğunu, Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, Türk Ticaret Kanunu'nun ilgili hükümlerinin ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi hükümlerinin uygulanacağını belirtmektedir. Sigortacı sözleşmeyi yapmama veya yapmış ise cayma hakkına sahiptir. Bu durumda riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminat ödenmez. Sigortacı prime hak kazanır. Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya ek olarak, Sigortacının bu maddedeki hakları saklı kalmak üzere, Sigorta ettiren/Sigortalının beyan etmediği hastalıklar sözleşmenin yapılmasına engel değilse, Sigortacı bu hastalıkları teminat kapsamına almayabilir veya ek prim alarak

teminat kapsamına alabilir. X 01.11.2011 tarihli Can Sağlığı Sigortası Poliçesi Özel Şartları 15.Maddesi 9. Bendine göre poliçe öncesi var olan hastalığın gerektirdiği tedavi ile ilgili giderler nüks ve komplikasyonları poliçe teminatları dışında kalmaktadır. Bütün bunlar dikkate alındığında Komisyonca tazminat talebi reddedilip, devamı için ek koşullar önermesinin mevzuata ve şirket uygulamalarına uygun olduğu kararına varılmıştır. Tazminatla ilgili ayrıca bir inceleme yapılmasına yer olmadığından incelemeye son verilerek hüküm kurulmuştur.

24.09.2014 tarih ve K-2014/3153 sayılı Hakem Kararı

Talep Başvuru sahibi A.'nın vekili Av. E.D tarafından 06.05.2014 tarihinde Tahkim Komisyonu'na iletilen ve X Sigorta AŞ ile yaşandığı beyan edilen uyuşmazlık talebinin konusu, xxxxxxxx no'lu Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında gerçekleşen tedavi masraflarına ilişkindir. Başvuru sahibi vekili tarafından özetle, sigorta şirketi tarafından ödenmeyen 72.708,00 TL tutarın fatura tarihlerinden itibaren işleyecek yasal faizleriyle birlikte karşılanması talebi ile Tahkim Komisyonu'na müracaatta bulunulmuştur. Dosyada mevcut belgelerin incelenmesi sonucunda, Komisyonca, aşağıda belirtilen hususlar tespit edilmiştir: 1) A.'nın sigortalı olarak görüldüğü sigorta poliçesinin adı: Limitsiz Sağlık Sigorta Poliçesi, Başlangıç Tarihi: 29.04.2013, Bitiş Tarihi: 29.04.2014, Poliçe No:xxxxxxx 'dir. Poliçe üzerinde, "Beslenme ve Metabolizma Bozuklukları için sürprim uygulanmıştır" notu mevcuttur. 2) Bilgilendirme Formu'nun son sayfasında, sigorta ettiren bölümünde Adı-Soyadı kısmı boş bırakılmıştır. Bu bölümde bir imza mevcuttur. Ancak bu imza, Av. E.D.'nin Tahkim Komisyonu'na göndermiş olduğu vekâletnamede yer alan ve A.'ya ait olan imzadan farklı bir imzadır. 3) A.'nın oğlu Ö.'nin X Sigorta Genel Müdürlüğü'ne hitaben yazmış olduğu 30.09.2013 tarihli beyanında yer alan bilgilere göre; sigortalı, 27.09.2013 tarihinde 04.30 civarında mide bulantısı ile uyanmıştır. Önce 06.00'da Y. Hastanesi'ne götürülmüştür. Yapılan tetkik ve tahliller sonucunda kalp krizi sonucuna varılmıştır. Daha teşekküllü olan Beylikdüzü'ndeki K. Hastanesi'ne sevk edilmiştir. Burada anjiyo yapılmıştır. Ana kalp damarlarından 3 tanesinde, %100, %80, %80 tıkanıklık bulgusuna varılmıştır. By-pass ameliyatına karar verilmiştir. Bu hastanenin X Sigorta ile anlaşması olmadığından, A. Hastanesi'ne sevk edilmiştir. Burada yapılan tetkikler sonucunda sigortalı koroner yoğun bakıma alınmıştır. X Sigorta'dan yatış onayı için ret cevabı alınmıştır. 4) X Sigorta A.Ş. sigortalı A.'ya 09.10.2013 tarihli ihtarnameyi Noter kanalıyla 11.10.2013 tarihinde göndermiştir. Bu ihtarnamenin konusu; 29.04.2013 tarih başlangıçlı xxxxxx numaralı Limitsiz Sağlık Poliçesi'nin iptal edildiğinin bildirimidir. İhtarnamenin içeriğinde; muhatabın, A.B. Hastanesi'nde 20.07.2005 tarihinde koroner anjiyo olduğu, 20.01.2008 tarihinde yapılan muayenesinde hipertansiyon ve şeker hastalığı tanıları olduğu bilgilerinin tespit edildiği ve bu

bilgilerin muhatap tarafından kendilerine bildirilmemiş olduğudur. Sigorta ettirenin, TTK ve Polİçe Özel Şartları “Beyan Yüklümlülüğü” maddelerindeki mükellefiyetini yerine getirmediği belirtilmiştir. 33 5) Sigortalının vekili Av. E.D. tarafından hazırlanmış olan ihtarnamenin tarihi 12.02.2014 olup, Noterde 13.02.2014 tarihinde onaylanmış ve X Sigorta A.Ş.’ye gönderilmiştir. İhtarname konusu: 69.856TL’nin ödenmesinin ihtarıdır. 6) X Sigorta A.Ş. 07.04.2014 tarihli yazı ile Av. E.D.’a cevap göndermiştir. Bu cevabın içeriğinde; 29.04.2013 tarihinde A.’nın doldurduğu ön bilgi formuna istinaden herhangi bir istisna-ek prim uygulanmadan poliçe düzenlendiği, 30.09.2013 tarihinde A. Hastanesi aracılığı ile Koroner By-pass işlemi için provizyon talebi geldiği, riskin poliçe başlangıcından önce meydana geldiğinin görüldüğü, Y. Sigorta’dan O.T.’nin sigortalının oğlu Ö. ile irtibata geçtiği, ödeme yapılmayacağına söylendiği, Ö’nün tüm yükümlülüğün kendisine ait olduğunu ve sigortalının operasyona gireceğini belirttiği bilgileri mevcuttur. Ayrıca; 13.Madde Teminat Dışı Kalan Haller ve 5.6 Sigortalının Beyan Yüklümlülüğü maddelerine işaret edilmiştir. 7) X Sigorta A.Ş.’nin Sağlık Sigortaları İçin Ön Bilgi Formu başlıklı form bilgisayarda doldurulmuştur. Beyan sahibi A. görünmektedir. Bu imza, Bilgilendirme Formu’ndaki imza ile aynı, vekâletnamedeki imza ile farklıdır. 8) Dosyada, “X” başlıklı, Grup Sağlık Sigortası Başvuru Formu mevcuttur. Bu form fotokopi şeklindedir. Sağlık bilgileri bölümünde; Hipertansiyon/Hiperlipidemi sorusuna “Evet”, Diabet (Şeker Hastalığı) sorusuna “Evet”, Sürekli bir ilaç kullanıyor musunuz? sorusuna “Evet”, Hastalık Adı/Semptom sorusuna “HT/DM”, Tedavi yılı sorusuna “18.07.2005, Kard. Dr. T.K. Vakıf Grubu, tansiyon ve diabet için ilaç tedavisi devam ediyor” cevapları yazılıdır. Bu formun 2.sayfasında, tarih 22.03.2013, A. adı ve imzası mevcuttur. Bu imza, vekâletnamedeki imza ile aynıdır. Bu formun 2.sayfasının fotokopisi (tarih bilgisi hariç olarak her bilgisi aynı), tarih 21.02.2011 olarak, dosyada yer almaktadır. Bu formlar, sigortalı vekili tarafından Tahkim Komisyonu’na gönderilmiştir. 9) A. Hastanesi Sağlık Kurulu Raporu’nda, A.’nin “02.10.2013 tarihinde açık kalp tekniği ile 3’lü koroner arter by-pass ameliyatı oldu” yazılıdır. Bu belgenin tarihi 23.10.2013’tür. 10) A.Hastanesi Epikriz’inde; Yatış tarihi: 27.09.2013, Çıkış tarihi:09.10.2013, Özgeçmişi: Hipertansiyon ve şeker hastalığı nedeniyle takip ve tedavi ediliyor bilgileri mevcuttur. 11) T.C. Sağlık Bakanlığı B. Eğitim Hastanesi Baştabipliği Sağlık Kurulu Raporu’nun tarihi 22.07.2005’tir. Konulan tanı, Hipertansiyon+Diabetes Mellitus’tur. 12) Sosyal Sigortalar Kurumu İ. Eğitim Hastanesi Baştabipliği Rapor’unda, Müracaat tarihi: 02.12.2004, Konulan Tanı: İskemik Hipertansif Kalp Hast. bilgileri mevcuttur. 13) A.B. Hastanesi Koroner Anjiyografi Raporu’nda, Tarih: 20.07.2005, Yatış-Çıkış 20.07.2005, Sonuç; Koroner arterlerde anlamlı olmayan darlık. Normal sol ventrikül fonksiyonu. Öneri: Medikal tedavi yazılıdır. 14) T.C. Sağlık Bakanlığı B. Eğitim Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Epikrizi’nde, Yatış: 18.07.2005, Çıkış: 21.07.2005, Tanı: HT-DM, Sonuç: Medikal tedavi. Anamnez: Bilinen HT ve DM tanıları olan hastanın son 4-5 gündür göğsünde sıkıştırıcı tarzda ağrısı olmuş yazılıdır. 15) Dosyada, A. Hastanesi’nin 04.11.2013 tarihli 50.000 TL tutarlı, 04.11.2013 tarihli 19.856,85TL tutarlı, 05.02.2014 tarihli 2.852,46TL tutarlı faturaları mevcuttur. 34 16) X Sigorta’nın Tahkim Komisyonu’na

gönderdiği, Y. Sigorta'dan 06.05.2013 tarihinde gönderildiği anlaşılan, "Boy/Kilo arasındaki yükseklik nedeniyle oluşan %25'lik sürprim uygulamasını onaylıyorum" ifadesinin yer aldığı ve imza yerinde A.'nin adının ve imzasının yer aldığı bir yazı mevcuttur. Bu yazıdaki imza, Bilgilendirme Formu ve Ön Bilgi Formu'ndaki imza ile aynıdır. 17) X Sigorta personeli'nin 16.05.2014 tarihinde Tahkim Komisyonu'na gönderdiği e-postada, X Sigorta'nın elinde mevcut olan belgelerde hep aynı imzanın olduğu, 22.03.2013 tarihli Grup Sağlık Sigortası Başvuru Formu ile ilgilerinin olmadığı ve bu formun kendilerine iletilmediği, X Sigorta'nın kabul ettiği formun, Sağlık Sigortalıları Ön Bilgi Formu olduğu, bu belgelerde silinti-kazıntı olmadığı yazılıdır. Ayrıca; Y. Sigorta'dan açıklama yazısı aldıkları, acente Y. Sigorta'nın imzayı onayladığı, formun A. tarafından doldurulduğu yazılıdır. Daha önce sağlık poliçesi olmadığını beyan ettiği için herhangi bir geçiş bilgisinin bulunmadığı belirtilmiştir. 18) X Sigorta'nın Tahkim Komisyonu'na göndermiş olduğu, poliçenin acentesi olan Y. Sigorta yetkilisi tarafından yazılmış olan yazıda; A.'nin grup sigortalısı değil bireysel sigortalı olduğu, X Sigorta'nın formunun İstanbul'da bulunan A.'ya gönderildiği, formun A. tarafından doldurularak Y. Sigorta'ya gönderilmiş olduğu, acentenin de X Sigorta'ya gönderdiği, Y. Sigorta'nın elinde hiçbir sağlık raporunun olmadığı, raporların daha sonra gönderilmiş olduğu, A.'nin 2005 yılında yapılan grup sigortası içinde yer aldığı, bu poliçenin İşveren L.Ç. tarafından brokerliğe yaptırıldığı, Y. Sigorta'nın bu iş içinde olmadığı, Y. Sigorta'nın Z Sigorta Şirketinin acenteliğinin olmadığı yazılıdır. 19) X Sigorta'nın Tahkim Komisyonu'na göndermiş olduğu, poliçenin acentesi olan Y. Sigorta yetkilisi tarafından yazılmış olan ve A.'ya gönderdiği yazıda; A.'nin X Sigorta'ya göndermeyi düşündüğü İhbarname'de eksik ve yanlışların olduğu, 2011 yılında grup sigortası yapan Z Sigorta'ya beyan doldurmuş olduğu fakat ret edildiği, bu gelişmelerde Y. Sigorta'nın ilgisi olmadığı, ihbarnamenin 7.maddesi ile ilgili olarak, X Sigorta A.Ş. yatış onayını ret ettikten sonra, kendisinden, geçmiş yıllarda grup sigortası yaptırdığı şirketler ve onlara doldurmuş olduğu beyan ve evrakları bulmalarını rica ettiğini, onların da araştırdıklarını, sadece 2011 yılının grup sigortası dahilinde Z.Sigorta A.Ş'ye göndermiş oldukları başvuru formunun çok yıpranmış deforme olmuş fotokopisini bulduklarını, okunan kısımlardan fotokopiden fotokopisini çekip A.'ya gönderdiği, yazıcıda o an X Sigorta A.Ş. antetli kağıt olduğu, bunun farkında olmadığı, önemli bir evrak olarak görmediği için tekrar beyaz kağıda çekme gereği görmediği yazılıdır. 20) Başvuru sahibi vekilinin açıklamalarında dayandırılan husus, acente olan Y. Sigorta'nın yıllardır sigortalının sağlık sigortalarını yapmakta olduğu, sağlık dosyasının ellerinde olduğu ve dolayısıyla sigorta şirketi olan X Sigorta AŞ'nin de sigortalının sigortalılığı ve sağlık durumu hakkında bilgisi olduğu yönündedir. Ancak Tahkim Komisyonu'na yapılan başvuru ekinde gönderilmiş olan belgeler, bu iddiaları kanıtlar nitelikte değildir. Acente Y. Sigorta bu durumu ret etmekte, eskiye ait sigortalılık durumu ile bir ilgilerinin olmadığını beyan etmektedir. 21) X Sigorta AŞ, kendisine gönderilmiş olan belgeler doğrultusunda poliçe düzenleme yoluna gitmiş, sigortalının boy/kilo oranı nedeni ile ek prim uygulaması yapmış, sigortalı da poliçeyi bu şekliyle kabul etmiştir. Sigortalının var olan olumsuz sağlık bilgilerine vakıf olursa idi, poliçenin bu haliyle düzenlenmesinin mümkün olmadığı Komisyonca açık bir durum olarak

görülmüştür. Komisyon tarafından da tekrarlandığı üzere, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nda, sözleşme yapılırken sigorta ettirene yüklenmiş olan sorumluluklarla ilgili olarak aşağıdaki maddeler mevcuttur: b) Beyan yükümlülüğü aa) Sözleşmenin yapılmasında aaa) Genel olarak MADDE 1435- (1) Sigorta ettiren sözleşmenin yapılması sırasında bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür. Sigortacıya bildirilmeyen, eksik veya yanlış bildirilen hususlar, sözleşmenin yapılmamasını veya değişik şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte ise, önemli kabul edilir. Sigortacı tarafından yazılı veya sözlü olarak sorulan hususlar, aksi ispat edilinceye kadar önemli sayılır. bbb) Yazılı sorular MADDE 1436- (1) Sigortacı sigorta ettirene, cevaplaması için sorular içeren bir liste vermişse, sunulan listede yer alan sorular dışında kalan hususlara ilişkin olarak sigorta ettirene hiçbir sorumluluk yüklenemez; meğerki, sigorta ettiren önemli bir hususu kötü niyetle saklamış olsun. (2) Sigortacı, liste dışında öğrenmek istediği hususlar varsa bunlar hakkında da soru sorabilir. Söz konusu soruların da yazılı ve açık olması gerekir. Sigorta ettiren bu soruları cevaplamakla yükümlüdür. ccc) Bağlantı MADDE 1437- (1) Tazminat ve bedel ödemelerinde, bildirilmeyen veya yanlış bildirilen bir husus ile rizikonun gerçekleşmesi arasındaki bağlantı, 1439 uncu maddede öngörülen kurallar uyarınca dikkate alınır. ddd) Sigortacı tarafından gerçek durumun bilinmesi MADDE 1438- (1) Bildirilmeyen veya yanlış bildirilen bir hususun ya da olgunun gerçek durumu sigortacı tarafından biliniyorsa, sigortacı beyan yükümlülüğünün ihlal edilmiş olduğunu ileri sürerek sözleşmeden cayamaz. İspat yükü sigorta ettirene aittir. eee) Yaptırım MADDE 1439- (1) Sigortacı için önemli olan bir husus bildirilmemiş veya yanlış bildirilmiş olduğu takdirde, sigortacı 1440 ıncı maddede belirtilen süre içinde sözleşmeden cayabilir veya prim farkı isteyebilir. İstenilen prim farkının on gün içinde kabul edilmemesi hâlinde, sözleşmeden cayılmış kabul olunur. Önemli olan bir hususun sigorta ettirenin kusuru sonucu öğrenilememiş olması veya sigorta ettiren tarafından önemli sayılmaması durumu değiştirmez. (2) Rizikonun gerçekleşmesinden sonra, sigorta ettirenin ihmali ile beyan yükümlülüğü ihlal edildiği takdirde, bu ihlal tazminatın veya bedelin miktarına yahut rizikonun gerçekleşmesine etki edebilecek nitelikte ise, ihmalin derecesine göre tazminattan indirim yapılır. Sigorta ettirenin kusuru kast derecesinde ise beyan yükümlülüğünün ihlali ile gerçekleşen riziko arasında bağlantı varsa, sigortacının tazminat veya bedel ödeme borcu ortadan kalkar; bağlantı yoksa, sigortacı 36 ödenen primle ödenmesi gereken prim arasındaki oranı dikkate alarak sigorta tazminatını veya bedelini öder. fff) Caymanın şekli ve süresi MADDE 1440- (1) Caymanın, sigorta ettirene bir beyanla yöneltilmesi şarttır. (2) Cayma, on beş gün içinde sigorta ettirene bildirilir. Bu süre sigortacının bildirim yükümlülüğünün ihlal edilmiş olduğunu öğrendiği tarihten itibaren başlar. ggg) Caymanın hükümleri MADDE 1441- (1) Cayma hâlinde, sigorta ettiren kasıtlı ise, sigortacı rizikoyu taşıdığı süreye ait primlere hak kazanır. 2) Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda sözleşme yapılırken sigorta ettirene yüklenmiş olan sorumluluklarla ilgili olarak aşağıdaki maddeler mevcuttur: Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, 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 kastı 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 tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihinin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esaslı üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir. c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer. d) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı 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. X Sigorta AŞ, kendisine gönderilmiş olan belgeler doğrultusunda poliçe düzenleme yoluna gitmiş, sigortalının boy/kilo oranı nedeni ile ek prim uygulaması yapmış, sigortalı da poliçeyi bu şekliyle kabul etmiştir. Komisyonca sigortalının var olan olumsuz sağlık bilgilerine vakıf olunsa idi, poliçenin bu haliyle düzenlenmesinin mümkün olmadığı sonucuna varılarak X Sigorta AŞ'nin, Türk Ticaret Kanunu'nda ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nda yer alan maddelere uygun şekilde hareket ettiği belirtilmiş, başvurunun reddi uygun bulunmuştur.

15.05.2012 tarih ve K-2012/551 sayılı Hakem Heyeti Kararı

Başvuru sahibince başvuruda belirtilen talep özetle, eşinin 14.12.2011 tarihinde bademcik ve burun ameliyatı olmak için hastaneye yattığını, aynı gün provizyon için sigortaya başvurduklarında, sözlü olarak başvurunun reddedildiğini, bilahare 19.12.2011 tarihinde de poliçenin iptal edildiğinin ihtarnamesi ile bildirildiğini, sigorta şirketinin iptal gerekçesinin haklı olmadığını beyanla, ameliyat masrafı olan 18.574,00,-TL'nin tazmin edilmesidir. Dosyada sunulan belgeler ile tarafların iddia ve savunmaları birlikte değerlendirildiğinde; uyuşmazlığın esasını; başvuru sahibinin mevcut rahatsızlığının poliçe öncesi dönemde mevcut olup olmadığı ve sigorta şirketinin Sağlık Sigortaları Genel şartlarının 6. maddesi hükmü çerçevesinde sözleşmeyi feshetme, hakkına sahip olup olmaması oluşturmaktadır. Sigorta sözleşmesi oluşturulurken teminat altına alınacak risklerin gerek belirlenmesinde, gerekse fiyatlandırmasının yapılmasında sigortalı veya sigorta ettirenin

başvuru formunda sorulan sorulara verdiği cevaplar esas alınmaktadır. Bu soruların gerçeğe aykırı veya eksik cevaplanması ve bunun tespit edilmesi durumunda sigortacının sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarla yapması hakkı doğmaktadır. Söz konusu olayda sigorta şirketi sigortalının poliçe öncesinde meme ameliyatı, omuz sıkışma sendromu, sinüzit tanısı, hiperlipidemi, proteinüri takipleri ve kalp dolaşım sistemi hastalıklarına yönelik ilaç kullanımı, 08.10.2005 tarihli MR raporunda sinüzit bulguları hikayelerinin bulunduğunu, ancak sigortalının formun doldurulması sırasında tüm sorulara HAYIR cevabını vererek primin ve teminatın belirlenmesinde etkili olabilecek mevcut hastalıkları gizlediğini, ifade etmektedir. Sağlık Sigortası Genel Şartları' nın "Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü" başlıklı 6. maddesinde "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 kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır....." hükmü yer almaktadır. Mevcut olayda; tüm dosya verileri bir bütün olarak değerlendirildiğinde, sigortalı A'un poliçe öncesinde meme ameliyatı, omuz sıkışma sendromu, sinüzit tanısı, hiperlipidemi, proteinüri takipleri ve kalp dolaşım sistemi hastalıklarına yönelik ilaç kullanımı, 08.10.2005 tarihli MR raporunda sinüzit bulguları hikayelerinin bulunduğunu hususlarında taraflar arasında bir ihtilaf bulunmamaktadır. Başvuru sahibi bu sağlık hikayesi ile ilgili tüm kayıtların hastanede olduğunu ve bunlardan kaynaklı tüm masrafların tarafından karşılandığını, bu bilgilere sigorta şirketinin kolayca ulaşabileceğini ifade etmektedir. Komisyonca, sigorta sözleşmelerinin iyi niyete dayalı sözleşmeler olduğu ifade edilmiş ve kuruluş aşamasında da sigortalının beyanı asıl kabul edilmek suretiyle oluşturulmakta, olduğu, yani sigorta sözleşmesi oluşturulurken teminat altına alınacak risklerin gerek belirlenmesinde, prim fiyatlandırmasının yapılmasında, sigortalı veya sigorta ettirenin başvuru formunda sorulan sorulara verdiği cevapların esas alındığı belirtilmiştir. Tüm bu verilere rağmen de sigortalının poliçe öncesi sağlık hikayesinin başvuru formunda açıklanmayarak, istenildiği takdirde hastaneden temin edilebilirdi savunmasında bulunulmasının objektif iyiniyet kuralları ile bağdaşmadığı; zira mevzuatın sigortacıya araştırma yükümlülüğü değil, sigortalıya beyan yükümlülüğü getirdiği vurgulanarak sigortalının geçirmiş olduğu ameliyat ve tedavisi ile ilgili sigorta şirketinden herhangi bir talepte bulunmasının haklı olmayacağı sonucuna Komisyonca ulaşılmıştır ve başvuru reddedilmiştir.

28.04.2011 tarih ve K-2011-346 sayılı Hakem Heyeti Kararı

Başvuru sahibi tarafından özetle, sigorta poliçesi kapsamında gerçekleşen ve sigorta şirketi tarafından ödenmeyen tedavi masraflarına ilişkin tazminat taleplerinin

reddedilmesi sonucu Tahkim Komisyonuna müracaatta bulunulmuş ve 22.180,32 TL, faiz, noter masrafı, avukatlık masrafı ve bilirkişi ücretinin ödenmesini talep edilmiştir. Komisyonca dosyaya sunulan bilgi ve belgeler incelendiğinde, uyuşmazlığın esası; başvuru sahibinin mevcut rahatsızlığının sigortalılık öncesi dönemde mevcut olup olmadığı ve bu durumun taraflar arasında akdedilen sigorta sözleşmesi genel ve özel şartları uyarınca teminata etkisi noktasında odaklanmaktadır. Yerleşmiş Yargıtay uygulaması uyarınca, taraflar arasındaki anlaşmazlığın çözümünde, TTK hükümleri yanında, akdedilen sözleşmenin genel ve özel şartlarının bir bütün olarak değerlendirilmesinin gerekeceği, ve sözleşmenin akdedildiği tarihte geçerli olan genel şartların ve poliçeye eklenen özel şartların o sözleşme döneminde geçerli olacağı ve tarafları bağlayacağı açık ve net bir durum olarak belirtilmiştir. Komisyon yaptığı değerlendirmeler sonucu şu sonuçlara ulaşmıştır: “Sigorta sözleşmelerinin kurulduğunda, teminat altına alınacak riskin belirlenmesi ve bu riskin gerçekleşme ihtimali ile, tespiti, analizi ve fiyatının belirlenmesine yardım eden, riskin varlığı ve mevcut durumuna yönelik bilgileri içeren, sigortacılık tekniği, işleyişi ve riskin maliyetini oluşturmada esas alınan başvuru formu şirketler için hayati önem arz ettiğinden, bu formun doldurulmaması veya eksik cevaplandırılmış olması durumlarında şirketlerin sigortalanacak risk, sigorta primi ve ödenecek tazminatın bedellerini ya hiç hesaplayamayacağı ya da olması gerekenden eksik veya fazla olarak hesaplayacağı hususu aşıkardır.” Anlaşmazlığa konu olayda, aleyhine başvuru yapılan sigorta şirketi, sigortalının, sigortalılık başlangıç dönemi öncesi yüksek tansiyon tanısıyla ilaç tedavisi almasına rağmen bu durumu başvuru formunda kendilerine bildirmediğini, provizyon onayının mevcut beyansız hastalık kabul edilerek reddedildiğini, poliçe özel şartları uyarınca, poliçe başlangıç tarihinden öncesine dayanan rahatsızlıkların gerektirdiği tedavi ve ameliyat giderlerinin poliçe teminatları kapsamı dışında bulunduğunu ifade etmektedir. Başvuru sahibi ise 1998-1999 yıllarında psikolojik rahatsızlıklarından dolayı A Hastanesi’ne başvurduğunu, bu rahatsızlıkların psikolojik sebeplerden kaynaklandığının kendisine bildirildiğini, verilen ilaçların kullanımının sürekli olmadığını, o günden bu yana aynı veya benzer konularda herhangi bir şikayeti ya da sağlık kuruluşuna başvurusunun olmadığını ifade ederek sigortalılık öncesi böyle bir rahatsızlığının bulunmadığını iddia etmektedir. Başvuru sahibinin dosyada mevcut hastane kayıtları; 06 Kasım 2010 tarihli Ayaktan Değerlendirme Formu (Kardiyoloji), İç Hastalıkları ve Kardiyoloji uzmanının 05.11.2010 tarihli yazısı ve 22 Aralık 2010 tarihli epikriz raporunda 7-8 yıldır HT hastalığı olduğu ve Inhibace tansiyon ilacını kullandığı, bu hastalığın bir check up sonucu ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Yine mevcut ekokardiyografi sonucunun da “hipertansif kalp hastalığı” ile uyumlu çıkması bu durumu desteklemektedir. Bu itibarla başvuru sahibinin sigortalılığın başlangıcı tarihinde mevcut ve devam eden HT hastalığının bulunmasına karşın mevcut bu hastalığını beyan etmediği sonucuna Komisyonca ulaşılmıştır. Taraflar arasında akdedilen sözleşmenin Sağlık Sigortası Genel Şartları’nın “Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü” nü düzenleyen 6. maddesinin ikinci fıkrasında, “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. ...” hükmü yer aldığından ve Bireysel Sağlık Sigortası Özel Şartları İstisnalar başlığını taşıyan 11. maddesinin 24. bendi gereğince poliçe dönemi öncesinden gelen her türlü hastalık ve maluliyete ait giderler teminat dışı tutulmuş olduğundan, sigorta genel ve özel şartlarına aykırılık sebebiyle başvuru sahibi sigortalının, aleyhine başvuru yapılan sigortacıdan talepte bulunabileceği bir tazminat talep hakkının bulunmayacağı sonucuna Kurulca ulaşılmıştır.

03.08.2011 tarih ve K-2011/ 670 sayılı Hakem Heyeti Kararı

Başvuru sahibi N, kardeşi A ile karşı taraf sigorta şirketi X Hayat A.Ş. arasında kendisi adına 01.02.2010 tarihinden başlamak üzere 1 yıl süreli olarak Sağlık Sigortası poliçesi düzenlendiğini, yenileme teklif döneminde böbreküstü bezlerinde bir kitle tespit edildiğini, ileri tetkiklerle netleştirilmesinin doktoru tarafından gerekli görülmesi sebebiyle bu durumu poliçe yenilemesi aşamasında sigorta şirketine bildirmedeğini, yeni poliçe düzenlendikten sonraki bir tarihte böbreküstü kitle teşhisinin kesinleşerek kitlenin alınması gerektiğinin doktoru tarafından bildirildiğini, ancak söz konusu operasyon için sigorta şirketi tarafından provizyon verilmediğini, sigorta şirketinin başvuru/beyan formunda yer alan tüm soruları “hayır” olarak yanıtlayarak mevcut hastalığını gizlediği gerekçesiyle poliçeye “sürrenal adenom ve buna bağlı komplikasyonlar ile ilgili yatarak tedavi giderlerinde %50 sigortalı katılım payı ile sürrenal adenom ve buna bağlı hipertansiyon nedeni ile %20 ek prim” şartını koyduğunu, buna karşılık kendisinin %20 ek prim şartını kabul ettiğini, %50 lik katılım payını reddettiğini, sigorta şirketinin ise poliçesini iptal ettiğini belirterek, yenileme teklifindeki %50 lik katılım payının kaldırılarak, operasyona ilişkin masrafların tamamı olarak belirlediği 15.800,- TL nin kendisine ödenmesini talep etmektedir. Komisyonca dosyada sunulan belgeler ile tarafların iddia ve savunmaları birlikte değerlendirildiğinde; uyuşmazlığın esasını; başvuru sahibinin mevcut rahatsızlığının poliçe yenileme öncesindeki dönemde mevcut olup olmadığının ve sigorta şirketinin Sağlık Sigortaları Genel şartlarının 6. maddesi hükmü çerçevesinde sözleşmeyi feshetme, sürprim ve katılım payı uygulama hakkına sahip olup olmaması oluşturmaktadır. Sigorta sözleşmesi oluşturulurken teminat altına alınacak risklerin gerek belirlenmesinde, gerekse fiyatlandırmasının yapılmasında sigortalı veya sigorta ettirenin başvuru formunda sorulan sorulara verdiği cevaplar esas alınmaktadır. Bu soruların gerçeğe aykırı veya eksik cevaplanması ve bunun tespit edilmesi durumunda sigortacının sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarla yapması hakkı doğmaktadır. Söz konusu olayda sigorta şirketi sigortalının poliçe yenileme başvurusundan önce ultrason çektiği, bunun sonucunda böbrek üstü kitlenin tespit edildiği ve detaylı tetkik amacıyla MR istendiği, yapılan MR neticesinde böbrek üstü kitle tanısının doğrulandığı, ancak sigortalının yenileme formunun doldurulması sırasında tüm sorulara HAYIR cevabını vererek primin ve teminatın belirlenmesinde etkili olabilecek mevcut hastalığı gizlediği, söz konusu kitlenin alınması amacıyla yapılacak ameliyat için provizyonun onayının mevcut beyansız hastalık kabul edilerek reddedildiğini, poliçe genel ve özel şartları ile TTK hükümlerinin haklar

çerçevesinde , sigorta ettirenin başvuru sırasında bu durumları beyan etse idi poliçe hangi şartlarda üretilecek idiye o şartlarda poliçenin devam ettirilebileceğini sigortalıya bildirdiğini, bu kapsamda sigortalıya poliçeye %50 katılım payı ve %20 sürprim uygulandığını, ancak sigortalının 31.03.2011 tarihli yazısı ile %20lik sürprimi kabul ettiğini, ancak %50 lik katılım payını reddettiğini bildirmesi üzerine poliçenin iptale alındığını ve bu durumun 01.04.2011 tarihli şirket yazısı ile sigortalıya bildirildiğini ifade etmektedir. Başvuru sahibi ise poliçe yenileme görüşmelerinin kendisini sigorta ettiren kardeşi A tarafından gerçekleştirildiğini, yenileme teklif dönemine denk gelen sağlık sorunlarını önemli olmadığı düşüncesiyle kardeşine aktarmadığını, hastalığının tetkiki aşamasında poliçe yenilemesinin yapıldığını, daha bir sonuç almadan hastalığını sigorta şirketiyle paylaşmadığı için zor durumda bırakıldığını iddia etmiştir. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın "Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü" başlıklı 6. maddesinde "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..." hükmü yer almaktadır. Ancak aynı madde hükmüne göre; sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde sigorta ettiren/sigortalının kastı olup olmadığına bakılmaktadır. Mevcut olayda sigorta şirketi herhangi bir kasıt görmediğinden eksik beyanı tespit ettiğinde poliçeden caymak yerine sigortalı N'a %20 sürprim ile %50 katılım payı teklif etmiştir. Aynı maddenin d bendinde sigortalının kastının olmaması hali "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." şeklinde düzenlenmiştir. Bu itibarla sigortalı N'ın eksik beyan hususunda kastının bulunmadığı, sigorta şirketinin poliçe özel şartları uyarınca %20 sürprim ve %50 katkı payı ile bu riski kabul etmesinin makul nitelik arz ettiği, ancak rizikonun poliçenin feshinden önce gerçekleşmesi sebebiyle şirketin tazminatı ödemekten imtina edemeyeceği, genel şartların 6. maddesi de bendi hükmüne göre ödenen prim ile ödenmesi gereken prim arasındaki orana göre tazminattan indirim yapabileceği sonucuna hakem heyetince ulaşılmıştır. Bu durumda başvuru sahibinin tedavi gideri toplamı 15.800,-TL üzerinden hesaplama yapıldığında; $15800 / 1,2 = 13.166,67$.- TL (%20 sürprim indirimi) $13.166,67 * 0,50 = 6.583,33$.-TL (%50 katılım payı indirimi) olacağı, sigortalı N'nin 15.800,- TL'lik tazminatın 6.583,33.-TL'lik kısmını aleyhine başvuru yapılan sigortacıdan talep etme hakkına sahip olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

18.02.2011 Tarih ve K-2011/125 Sayılı Hakem Heyeti Kararı

Başvuruda belirtilen talep özetle, başvuru sahibi ile karşı taraf sigorta şirketinin Sağlık Sigorta Poliçesi akdettikleri, bu sebeple, sigorta şirketince karşılanmayan

9.187,22 TL tedavi masraflarının tazminidir. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6'ncı maddesi hükmüne göre sigortacı, sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak sağlık sigortası poliçesini düzenlemektedir. Teklifname formunda sigorta ettirene sorulan sorulara, sigortalının eksik veya gerçeğe aykırı cevap vermesinin tespit edilmesi durumunda, sigortacının sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarla yapması söz konusu olabilmektedir. Sağlık sigortası uygulamalarında Şirketler kendilerinin belirlediği özel şartlara göre sağlık sigortası sigortalılarına ömür boyu yenileme garantili sağlık sigortası poliçesi düzenlemektedirler. Ömür boyu yenileme garantisi, sigortalının talep etmesi durumunda sağlık sigortası poliçesinin her poliçe yıldönümünde yenilenmesinin sağlanmasıdır. Bir Şirkette ömür boyu yenileme garantili sağlık sigortası poliçesi olan bir sigortalının kendi Şirketinden poliçesini yeniletmeden veya iptal ettirerek başka bir Şirketten sağlık sigortası poliçesi talep etmesi durumunda, uygulamada yeni Şirket sigortalının bir önceki Şirketten hak etmiş olduğu ömür boyu yenileme garantisini devam ettirerek poliçe düzenleyebilmektedir. Poliçe düzenlenmeden önce önceki Şirketten sigortalının sigortalılık dönemi boyunca gerçekleşen tedavilerine ve tedavi masraflarına ilişkin bilgi ve belgeleri sigortalı/sigorta ettiren aracılığıyla talep etmektedir. Şirket, edinilen bilgi ve belgeler ile sigortalının beyanına dayanarak yaptığı değerlendirme sonucu poliçeyi düzenleyip düzenlememeye karar vermektedir. Müşteki, 15.10.2001-15.10.2009 tarihleri arasında Y Sigorta AŞ'de 8 yıl boyunca tiroid hastalıkları için 1.000 USD teminat limiti istisnası ile TÜB/43591-8 no'lu ömür boyu yenileme garantili sağlık sigortası poliçesi kapsamında sigortalı kalmıştır. Müşteki, 15.10.2009 tarihli ve üzerinde "tüm bilgilerimiz Y Sigortadan alınmıştır. ÖBYG var" notu yazılı teklifname formu ile düzenlenen 1464878 no'lu Sağlık Ferdi Sağlık Sigorta Poliçesi ile X Sigorta AŞ tarafından sigortalanmıştır. Müştekinin, Y Sigorta AŞ'de sigortalı olduğu döneme ilişkin tedavilerine ait belgeleri teklifname formu ile birlikte X Sigorta AŞ'nin acentesi olan V Sigorta Aracılık Hizmetleri Ltd. Şti.'ne teslim ettiği anlaşılmaktadır. Müştekinin, teklifname formunda kendisine sağlığı ile ilgili sorulan sorulara hayır cevabını verdiği teklifname formundan anlaşılmaktadır. Müştekinin, eski sigorta şirketinde sigortalı olduğu 8 yıl boyunca geçirmiş olduğu hastalıkların belgelerini yeni Şirketine vererek bu hastalıklarını bir yandan beyan ederken diğer yandan teklifname formunda bu hastalıklarla ilgili de sorulan sorulara bu hastalıkları yokmuş gibi "hayır" cevabını vermiştir. 8 yıl boyunca ortaya çıkan ve tedavisi yapılan hastalıkların belgeleri Şirkete sunulmasına rağmen teklifname formunda sigortalının sağlığı ile ilgili sorulara verilen "hayır" cevapları çelişki yaratmaktadır. Ancak bu durumda sadece teklifname formu esas alındığında sigortalının eksik veya yanlış beyanda bulunduğu ileri sürülebilir. Fakat diğer yandan teklifname formuna rağmen sigortalının 8 yıl boyunca geçirmiş olduğu hastalıklarına ait tedavi belgelerini Şirkete vererek eksik veya yanlış beyanda bulunmadığı ortaya çıkmaktadır. B Sistemleri AŞ tarafından verilen "stres inkontinans+sistorektosel" hastalığının provizyonunda sigortalının sigorta başlangıcında bu hastalığını beyan etmemesi nedeniyle sigortalının bu hastalıkla ilgili tedavi masraflarının Şirket tarafından ödenmemesi müşteri ile şirket arasında ihtilafa neden olmuştur. Dosyada yer alan belgelerin incelenmesinden

Komisyon şu sonuca ulaşmıştır: “Sigortalının 06.03.2007 tarihinde Ankara’da M Hastanesine kasıklarındaki ağrı nedeniyle başvurduğu ve postmenopozal kalın endometrium tanısıyla tedavi edildiği anlaşılmaktadır. Bu tedavisi esnasında Doç. Dr. M ve Prof. Dr. Ş imzalı sigortalının epikrizinde fizik muayenedeki bulgularda “i sistorektosel, canlı, temiz” tespiti yer almakta olup post-op sorunu olmayan hastanın aynı gün taburcu edildiği anlaşılmaktadır. İhtilafa neden olan hastalıkla ilgili Doç. Dr. M’den alınan 13.09.2010 tarihli açıklayıcı raporda 06.03.2007 yılında hastanın öyküsünün sorgulanmasında tespit edilen stres inkontinansın tedavisine gerek olmadığı, ancak bunun menopoz sonrasında artarak tedavi gerektirebileceği ifade edilmiştir. Hastanın o dönemde henüz menopoza girmediğini ve 10 ila 26 mm arasında değişen boyutlardaki kistlerin fizyolojik foliküller olup hastalık ifadesi olmadığı belirtilmiştir. Bütün bunların sonucunda müştekinin herhangi bir tedavi uygulanmamış ve hastalık olduğu kendisine söylenmemiş olan stres inkontinansın varlığından haberdar olması ve bunu beyan etmesinin beklenmesi doğru değildir.” Taraflar arasında ihtilafa neden olan “stres inkontinans+sistorektosel” hastalığı ile ilgili Şirketin 06.03.2007 tarihli hastanın epikrizine dayanarak sigortalının yanlış beyanda bulunduğunu ileri sürmesi Komisyonca gerçekçi bulunmamıştır. O tarihteki söz konusu hastalıkla ilgili kistler için hastalık ifadesi dahi kullanılmamış ve herhangi bir tedavi uygulanmamışken sigortalıdan bunu hastalık olarak düşünmesi ve beyan etmesi beklenmemiştir. Kaldı ki ömür boyu yenileme garantisine sahip sigortalı eski Şirketinde yapmış olduğu tüm tedavilerini yeni Şirkete beyan ederken söz konusu hastalığı bilerek ve kasıtlı olarak beyan etmediğini ileri sürmenin mümkün olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle davalı X Sigorta AŞ’nin, sigortalının ihtilafa neden olan stres inkontinans+sistorektosel hastalığının tedavi giderleri karşılığı olan 9.187,22 TL’yi davacıya ödemesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

28.04.2011 tarih ve K-2011-346 sayılı Hakem Heyeti Kararı

Başvuruda belirtilen talep özetle, sigorta poliçesi kapsamında gerçekleşen ve sigorta şirketi tarafından ödenmeyen tedavi masraflarına ilişkin tazminat taleplerinin reddedilmesi sonucu 22.180,32 TL, faiz, noter masrafı, avukatlık masrafı ve bilirkişi ücretinin ödenmesidir. Komisyonca dosyaya sunulan bilgi ve belgeler incelendiğinde, uyuşmazlığın esası; başvuru sahibinin mevcut rahatsızlığının sigortalılık öncesi dönemde mevcut olup olmadığı ve bu durumun taraflar arasında akdedilen sigorta sözleşmesi genel ve özel şartları uyarınca teminata etkisi noktasında odaklanmaktadır. Yerleşmiş Yargıtay uygulaması uyarınca, taraflar arasındaki anlaşmazlığın çözümünde, TTK hükümleri yanında, akdedilen sözleşmenin genel ve özel şartlarının bir bütün olarak değerlendirilmesinin gerekeceği, ve sözleşmenin akdedildiği tarihte geçerli olan genel şartların ve poliçeye eklenen özel şartların o sözleşme döneminde geçerli olacağı ve tarafları bağlayacağı açık ve net bir durumdur. Sigorta sözleşmelerinin kurulunda, teminat altına alınacak riskin belirlenmesi ve bu riskin gerçekleşme ihtimali ile, tespiti, analizi ve fiyatının belirlenmesine yardım eden, riskin varlığı ve mevcut durumuna yönelik bilgileri içeren, sigortacılık tekniği, işleyişi ve riskin maliyetini

oluşturmada esas alınan başvuru formu şirketler için hayati önem arz ettiğinden, bu formun doldurulmaması veya eksik cevaplandırılmış olması durumlarında şirketlerin sigortalananacak risk, sigorta primi ve ödenecek tazminatın bedellerini ya hiç hesaplayamayacağı ya da olması gerekenden eksik veya fazla olarak hesaplayacağı hususu aşıkardır. Anlaşmazlığa konu olayda, aleyhine başvuru yapılan sigorta şirketi, sigortalının, sigortalılık başlangıç dönemi öncesi yüksek tansiyon tanısıyla ilaç tedavisi almasına rağmen bu durumu başvuru formunda kendilerine bildirmediğini, provizyon onayının mevcut beyansız hastalık kabul edilerek reddedildiğini, poliçe özel şartları uyarınca, poliçe başlangıç tarihinden öncesine dayanan rahatsızlıkların gerektirdiği tedavi ve ameliyat giderlerinin poliçe teminatları kapsamı dışında bulunduğunu ifade etmektedir. Başvuru sahibi ise 1998-1999 yıllarında psikolojik rahatsızlıklarından dolayı A Hastanesi'ne başvurduğunu, bu rahatsızlıkların psikolojik sebeplerden kaynaklandığını kendisine bildirildiğini, verilen ilaçların kullanımının sürekli olmadığını, o günden bu yana aynı veya benzer konularda herhangi bir şikayeti ya da sağlık kuruluşuna başvurusunun olmadığını ifade ederek sigortalılık öncesi böyle bir rahatsızlığının bulunmadığını iddia etmektedir. Başvuru sahibinin dosyada mevcut hastane kayıtları; 06 Kasım 2010 tarihli Ayaktan Değerlendirme Formu (Kardiyoloji), İç Hastalıkları ve Kardiyoloji uzmanının 05.11.2010 tarihli yazısı ve 22 Aralık 2010 tarihli epikriz raporunda 7-8 yıldır HT hastalığı olduğu ve Inhibace tansiyon ilacını kullandığı, bu hastalığın bir check up sonucu ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Yine mevcut ekokardiyografi sonucunun da "hipertansif kalp hastalığı" ile uyumlu çıkması bu durumu desteklemektedir. Bu itibarla başvuru sahibinin sigortalılığın başlangıcı tarihinde mevcut ve devam eden HT hastalığının bulunmasına karşın mevcut bu hastalığını beyan etmediği sonucuna kurulca ulaşılmıştır. Taraflar arasında akdedilen sözleşmenin Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın "Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü"nü düzenleyen 6. maddesinin ikinci fıkrasında, "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. ..." hükmü yer aldığından ve Bireysel Sağlık Sigortası Özel Şartları İstisnalar başlığını taşıyan 11. maddesinin 24. bendi gereğince poliçe dönemi öncesinden gelen her türlü hastalık ve maluliyete ait giderler teminat dışı tutulmuş olduğundan, sigorta genel ve özel şartlarına aykırılık sebebiyle başvuru sahibi sigortalının, aleyhine başvuru yapılan sigortacıdan talepte bulunabileceği bir tazminat talep hakkının bulunmayacağı sonucuna ulaşılmıştır.

30.05.2011 tarih ve K-2011/ 433 sayılı Hakem Kararı

Başvuru sahibi Ç, X Sigorta AŞ'den yaptırdığı 0001 no'lu grup sağlık sigortası poliçesi kapsamında rahatsızlığı ile ilgili olarak gerçekleşen 1.500 TL tutarındaki tedavi masraflarının kendisine ödenmesini ve uygulanan muafiyetin kaldırılmasını talep etmektedir. Dosya muhteviyatı olarak taraflardan temin edilen belge ve bilgiler kapsamında uyumsuzluğun temel nedeni, başvuru sahibinin meme kanseri nedeniyle gerçekleşen "Lumpektomi+Sentinel Lenf Nodu Eksizyonu" operasyonuna ilişkin provizyon talebinin, sigorta şirketi tarafından poliçe başlangıç tarihinden önce var olan ve beyan edilmeyen bir rahatsızlık olması gerekçesiyle poliçesine muafiyet uygulanması ve ödemenin reddedilmesidir. 0001 numaralı poliçe ile Ç, 28/09/2010 – 27/04/2011 tarihleri arasında Grup Sağlık Sigortası kapsamında X Sigorta AŞ tarafından sigortalanmıştır. Grup Sağlık Sigortası kapsamına dahil olmak için 28/09/2010 tarihinde Ç tarafından doldurulup imzalanan Ön Bilgi Formu'nda sağlığıyla ilgili sorulan sorulara "hayır" cevabı verdiği anlaşılmaktadır. Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6'ncı maddesi hükmüne göre sigortacı, sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak sağlık sigortası poliçesini düzenlemektedir. Teklifname formunda sigorta ettirene sorulan sorulara, sigortalının eksik veya gerçeğe aykırı cevap vermesinin tespit edilmesi durumunda, sigortacının sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarla yapması söz konusu olabilmektedir. Ç'nin 20/12/2010 tarihli Meme Ca tanısı ile yapılan "Lumpektomi+Sentinel Lenf Nodu Eksizyonu" operasyonuna ait sağlık giderlerinin, provizyon değerlendirme sürecinde "Fibrokistik Meme Paterni" sonuçlu 29/08/2008 tarihli M Tıp Merkezi meme USG raporuna dayanarak 28/09/2010 tarihinde sigortalı tarafından doldurulup imzalanan Ön Bilgi Formu'nda söz konusu raporda yer alan bilgilerin beyan edilmemesi nedeniyle davalı sigorta şirketi tarafından reddedilmiş olduğu ve beyan edilmeyen sigorta başlangıcı öncesi sağlık durumu nedeniyle sağlık risk değerlendirmesinin yapılamadığı ancak bu bilgiye ulaşılması ile Grup Sağlık Sigorta Poliçesi Özel Şartları Madde 3.4 Beyan Yükümlülüğü' ne göre tekrar risk değerlendirmesinin yapılması sonucu "Fibrokistik Meme Paterni" ile ilgili olarak "meme hastalıkları kontrolleri, tedavileri" nin teminat kapsamı dışında tutulduğu görülmektedir. Komisyonca da belirtildiği üzere, sigorta başlangıç tarihinden önce var olan hastalıkların, yapılan ameliyatların ve kronik hastalıklar ile sürekli ilaç tedavisi gerektiren rahatsızlıkların, riskin fiyatlandırılması ve teminat kapsamına alınıp alınmayacağına karar verilmesi için açısından sigorta ettiren tarafından sigortacıya beyan edilmesi gerekir. Sigorta ettirenin yanlış veya eksik beyanda bulunduğu tespit halinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Türk Ticaret Kanunu hükümleri çerçevesinde sigortacının tazminatı ödememe, eksik ödeme veya sözleşmeyi sona erdirmeye, ek prim alarak sözleşmeyi devam ettirme veya sözleşmede teminatlarda istisnalar uygulama hakları bulunmaktadır. Bu

bağlamda, Komisyonca yapılan değerlendirme şu şekildedir: “Davalı sigortacı, 29.08.2008 tarihinde “Fibrokistik Meme Paterni” sonuçlu M Tıp Merkezi meme USG raporuna dayanarak davacı Ç’in sigorta başlangıç tarihinden önceye dayanan bu raporda geçen rahatsızlığını beyan etmediğini ileri sürerek hem davacının 20/12/2010 tarihli Meme Ca tanısı ile yapılan “Lumpektomi+Sentinel Lenf Nodu Eksizyonu” operasyonuna ait sağlık giderlerini ödememiş hem de “meme hastalıkları kontrolleri, tedavileri”ni teminat kapsamı dışında tutmuştur. Davacıya ait 29.08.2008 tarihli “Fibrokistik Meme Paterni” sonuçlu M Tıp Merkezi meme USG raporunda yer alan bulgular; Her iki meme başı, cilt-cilt altı doğal olup meme parankimi fibrokistik ekopaternaldir. Her iki meme parankiminde solid ya da kistik lezyon saptanmamıştır. Her iki aksillada patolojik görünümde lenfadenopati saptanmamıştır. US Tanı: Fibrokistik meme paterni. şeklindedir. Yukarıda yer alan raporda sözü edilen “fibrokistik meme paterni” ifadesinin hastalık olup olmadığı gerçeği uyuşmazlığın sonuca bağlanmasını sağlayacaktır. Dosyada yer alan 14.01.2011 tarihli belgede N Hastanesi’nden Genel Cerrahi Uzmanı Op. Dr. M’a göre “fibrokistik meme paterni” ifadesinin herhangi bir hastalık olmayıp, o günkü meme yapı şekli olduğu ve meme kanseri ile hiç bir bilimsel ilişkisinin kurulamayacağıdır. Yine dosyada yer alan 30.03.2011 tarihli belgede, İ Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü’nden G ve T’a göre “fibrokistik meme yapısı”nın Amerikan Kanser Derneği (ACS) ve Ulusal Kanser Birliği (NCCN) Guidline göre meme kanser risk faktörleri arasında kabul edilmediği ifade edilmektedir. Yukarıda yer alan tıbbi ve bilimsel değerlendirmelere göre “fibrokistik meme paterni”nin bir hastalık olmadığı ve meme yapısını ifade ettiği anlaşılmaktadır. Diğer yandan söz konusu raporda yer alan tanı bir kanser belirtisi veya hastalık olmuş olsaydı, davacı Ç’nin 29.08.2008 tarihinden itibaren sağlık sigortası kapsamına alınana kadar geçen yaklaşık iki yılı aşkın sürede bu rapora dayanarak tedavi olmamasının mümkün olmadığı görülmektedir. Eğer söz konusu raporda yer alan tanı bir hastalık olsaydı mutlaka davacı ve doktoru tarafından bunun çaresine bakılacak, tedavisi yönüne gidilecekti. Dolayısıyla bilimsel olarak hastalık olmayan ve davacı tarafından da hastalık olduğu bilinmeyen bir şeyin hastalık olarak beyan edilmesi beklenemez. Bu nedenle söz konusu raporda yer alan tanının sigorta başlangıcında söylenmemiş olmasının, yanlış beyan olarak değerlendirilmesinin mümkün olmadığı sonucuna varılmıştır.” . Hal böyle iken ve meme USG kontrolü yapacak tüm kadınlarda söz konusu raporda yer alan benzer sonuçların elde edilmesi kaçınılmaz iken doğal olan bir kontrol sonucunun beyan edilmemiş olmasının yanlış beyan olarak değerlendirilmesi sigortacılıktaki iyi niyet kuralına aykırı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle davalı X Sigorta AŞ’nin, davacı sigortalının ihtilafa neden olan “Lumpektomi+Sentinel Lenf Nodu Eksizyonu” operasyonuna ait 1.500 TL’lik sağlık giderlerini “ davacıya ödemesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Diğer yandan, davacı Ç’nin sağlık sigortası poliçesine davalı sigorta şirketi tarafından konan “meme hastalıkları kontrolleri, tedavileri”ne ait muafiyetin de yukarıda yer alan gerekçelerle kaldırılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu sebeple yapılan başvuru kabul edilmiştir.

22 / 07 / 2011 tarih ve K-2011/624 sayılı Hakem Kararı

Başvuru sahibi, Aralık 2010 tarihlerinde 08.01.2010/2011 vadeli poliçe kapsamında A Hastanesinde şikayet üzerine gidilen muayenede fitik teşhisi konularak ameliyata karar verildiğini, sigorta şirketinin 2003 yılında sağ kasık fitiği tanısı konulmuş olması sebebiyle 08.01.2011/2012 vadeli poliçede "Prostat hastalıkları ile ilgili tetkik, tedavi ve komplikasyon muafiyeti, İnguinal herni ile ilgili tetkik ve komplikasyon muafiyeti (kasık fitiği) "nı istisna kapsamına aldığı, ameliyat sonrası 10.654,10,-TL tedavi giderinin sigorta şirketi tarafından karşılanmadığını ifade ederek bu tutarın işleyecek avans faizi ile birlikte kendisine ödenmesine karar verilmesini iddia ve talep etmiştir. Dosyaya sunulan bilgi ve belgeler incelendiğinde, başvuru sahibi ile davalı sigorta şirketi arasında, sigorta poliçesi, kapsamı, teminatları vs. konularında bir sorun bulunmadığı, uyuşmazlığın esasını, sigortalının, 09 Aralık 2003 tarihinde A Hastanesi'nde yaptırmış olduğu muayenesinde, "sağ inguinal herni (sağ Kasık fitiği)" tanısı konulmuş olmasına karşın bu tanıyı 2007 yılında yaptırdığı ve her yıl yenilenerek süregelen sağlık sigortası poliçesinin düzenlenmesi aşamasında doldurulan sağlık beyan formunda bildirmemesi ve bildirmeme durumunun tedavi giderlerini tazmindeki etkisi oluşturmaktadır. Dosyaya sunulan 09.12.2003 tarihli belgenin incelenmesinde, başvuru sahibine yapılan muayene sonucu, "sağ inguinal herni (sağ Kasık fitiği)" tanısı konulmuş olduğu anlaşılmaktadır. Zaten tarafların iddialarında da bu tanıya yönelik bir ihtilaf bulunmamaktadır. Başvuru sahibi 20.01.2011 tarihinde sigorta teminat dönemi içerisinde A Hastanesine kasık fitiği için başvurmuş, yapılan tetkiklerinde sol kasık fitiği tanısı konulmuş, tanı sonrası ameliyat gerçekleştirilmiş ve ameliyat dolayısıyla da 10.654,10,-TL tutarlı fatura kesilmiştir. Taraflar arasındaki anlaşmazlığın çözümünde, TTK hükümleri yanında, akdedilen sözleşmenin genel ve özel şartlarının bir bütün olarak değerlendirilmesinin gerekeceği, ve sözleşmenin akdedildiği tarihte geçerli olan genel şartların ve poliçeye eklenen özel şartların o sözleşme dönemince geçerli olacağı ve tarafları bağlayacağı açık ve net bir durumdur. Bu anlamda Sağlık Sigortası Genel Şartları, Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü başlığı altında; Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, 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 kastı 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 kastı 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 tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihinin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir. c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer. d) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı 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. hükmünü içermektedir. Söz konusu hükümler uyarınca yapılan incelemede, başvuru sahibi sigortalının sigorta poliçesinin kurulumu aşamasında sağlığı ile kendisine sorulan sorulara doğru cevap verme yükümlülüğü altında olduğu tartışmasız olduğu gibi, başvuruya konu olayda da, sigortalının 2003 yılında kendisine konulan kasık fıtığı tanısını beyan formunda ifade etmediği hususu da sabittir. Ancak başvuru sahibi açıklamasında 2003 yılında konulan kasık fıtığı tanısının sağ kasık fıtığı olduğunu, o tarihten sonra da sağ tarafında herhangi bir sorunun bulunmadığını, başvuruya konu ameliyatının ise sol kasık fıtığından kaynaklandığını ifade etmektedir. Olayların gelişimi incelendiğinde başvuru sahibi sigortalının sağlığı ile ilgili sorulan sorulara eksik cevap vermiş olduğu sabit ise de, bu durumun, sağ kasık fıtığı ile ilgili bir sorun yaşamamış olması sebebiyle kasıtlı olmadığı anlaşılmaktadır. Öğreti ve uygulama, sigortalının eksik ve yanlış cevap vermesi halinde tazminata etkisini değerlendirirken, bu eksik ve yanlış bilgilendirme ile tazminata konu olay arasında bir irtibat-illiyet bağı bulunup bulunmadığı noktasına odaklanmaktadır. Zira, Yargıtay 11 H.D. benzer 2003-9709 E., 2003 -10221 K., 03.11.2003 T. sayılı kararında “..... Somut olayda, sigorta ettiren 06.09.1996 tarihinde anjiyo olmuş, 13.10.1995 günü yapılan sigorta sözleşmesinin eki teklifnamede ciddi bir hastalık geçirilip geçirilmediği sorusuna "hayır" yanıtını vermiştir. Daha sonra, sözleşme devam ederken 20.11.2001 günlü vefat etmiştir. Davalı yanlış, bildirim nedeniyle tazminat ödenemeyeceğini bildirmiştir. Bu hususlar, dosya kapsamı, tıbbi belgeler ve bilirkişi raporu ile sabit olup, tarafların da kabulündedir. Uyuşmazlık, sigorta sözleşmesinin geçerli olup olmadığı noktasındadır. Sigorta sözleşmesinin kurulmasında doğru bilgi verme yükümlülüğü ile ilgili TTK.nun 1290. maddesi hükmü mal sigortalarına ilişkin olmakla birlikte, yerleşmiş Yargıtay uygulaması ile hayat sigortalarında da uygulanmakta olup, esasen bu yükümlülük Poliçe Genel Şartları'nda sözleşme hükmü haline getirilmiş bulunmaktadır. Bu meyanda HSGŞ'nin C.2 nci maddesinde de beyan yükümlülüğüne ilişkin hükümler yer almaktadır. Davalı, sigorta ettirenin şeker ve kalp hastası olduğunu riziko gerçekleştikten sonra öğrenmiştir. Bu itibarla, mahkemece, ölüm raporu ve sigortalının tedavi belgelerinin ilgili hastanelerden getirilerek, ölüm olayı ile mevcut rahatsızlık arasında irtibat bulunup bulunmadığı, rahatsızlığın poliçe düzenlenmesinden önce mevcut olup olmadığı, uzman bilirkişi kurulundan rapor alınarak araştırılması ve sonucu çerçevesinde bir karar vermek gerekirken, yazılı şekilde eksik inceleme ile karar verilmesi doğru görülmemiştir. ...” demek suretiyle bu tür

uyuşmazlıklarda, illiyet bağı-irtibat bulunup bulunmadığının araştırılmasını istemektedir. Somut olaya ilişkin yukarıdaki bilgiler değerlendirildiğinde; başvuru sahibinin beyan etmediği 2003 yılındaki sağ kasık fitiği tanısının, başvuruya konu sol kasık fitiği ile bir irtibatı bulunmadığı ortadadır. Sağ kasığında fitiği olan birinin bu rahatsızlığının sol tarafını olumsuz etkileyip burada da fitiğe sebep olması mümkün olamayacağı gibi bir tarafta yer alan fitik kasılma ve basıncı azaltarak öbür tarafta fitik oluşumu riskini dahi azaltacaktır. Dolayısıyla da, başvuru sahibinin beyan etmediği rahatsızlığı ile, tazminat talep ettiği rahatsızlığı arasında açıkça irtibat bulunmaması sebebiyle, davalı sigorta şirketinin poliçe genel şartlarına aykırılık sebebiyle tazminat ödemekten imtina edemeyeceği sonucuna ulaşılmış ve Komisyonca başvurunun kabulüne karar verilmiştir.

DSZ

Hukuk & Danışmanlık Ofisi

KAYNAKÇA

http://www.sigortatahkim.org/index.php?option=com_content&view=article&id=139&Itemid=117

<https://tsb.org.tr/genel-sartlar.aspx?pageID=467#845>

www.mevzuat.gov.tr

<https://www.sigortam.net>

DSZ Hukuk § Danışmanlık Ofisi

Elif MECİKLI ‘ nin katkılarıyla.