

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÖZEL HUKUK ANABİLİM DALI
ÖZEL HUKUK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİ

HAZIRLAYAN

BADE ALAÇAM KIRTAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ AHMET CEMİL ÜNAL

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih:27 /12 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı: Bade ALAÇAM KIRTAY

Öğrencinin Numarası: 21910030

Anabilim Dalı: Özel Hukuk Anabilim Dalı

Programı: Özel Hukuk Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı,

Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Cemil ÜNAL

Tez Başlığı: Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 143 sayfalık kısmına ilişkin, 27/12/2021 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %10'dur. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: 27 / 12 / 2021

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

.....

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın danışmanlığını üstlenen saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sn. Ahmet Cemil ÜNAL'a, çalışma sürecimde değerli desteğini ve yardımını esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sn. Rıza AYHAN'a ve değerli görüşleri ve ilgisi ile çalışmama destek sağlayan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Sn. Mehmet Çelebi CAN'a derin saygılarımı ve şükranlarımı sunarım.

Tüm eğitim hayatım boyunca bana duydukları güven, gösterdikleri özveri ile destek olan ve emeklerini asla ödeyemeyeceğim sevgili annem Prof. Dr. Alev ALAÇAM ve sevgili babam Prof. Dr. Tayfun ALAÇAM'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Sadece bu çalışmanın hazırlanması sırasında değil, hayatımın her alanında ve her anında karşılıksız desteğini hep yanımda hissettiğim sevgili eşim Seçkin Koray KIRTAY'a ve hukuk büromuzda iş yükümü paylaşarak tezime daha fazla zaman ayırabilmemi sağlayan sevgili çalışma ortağım Av. Damla GÖNÜL GÜREL'e teşekkür ederim.

ÖZET

Bade Alaçam Kırtay
Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi
Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Özel Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Tezli Yüksek Lisans Programı

2022

Bu çalışmanın amacı, Türk Özel Sigorta Hukuku'nda önemli sigorta türlerinden biri olan özel sağlık sigorta sözleşmesinin incelenmesi ve temel esaslarının ortaya konmasıdır. Özel sağlık sigortası ile genel sağlık sigortası sistemine alternatif olarak kişilerin daha kaliteli şekilde hizmet alabilmeleri mümkün olmakta; sağlık harcamalarının finansmanının özel sigorta şirketleri ile paylaşılması yoluyla da devletin üzerindeki finansman yükü hafifletilmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesi ilk defa 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nda düzenlenmiş ve Sigorta Hukuku kitabının İkinci Kısım İkinci Bölümünde yer alan “Can Sigortaları” başlığı altında madde 1511 ilâ 1519 arasında hastalık sigortaları ile aynı başlık altında hüküm altına alınmıştır. Bu sözleşme bir can sigortası türü olmaktan çok, pasif bir zarar sigortasıdır. Bu bakımdan TTK'da zarar sigortalarına ilişkin hükümlerin kıyasen özel sağlık sigortası sözleşmesine de uygulanacağını kabulü gerekir. Bu kapsamda her ne kadar özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından yasal düzenleme yapma gerekliliği bir nebze giderilmişse de düzenlenen hükümler birçok açıdan genel nitelikte kalmakta ve uygulamaya ışıktutmamaktadır. Sözleşmenin uygulanması bakımından ikincil mevzuat niteliğindeki Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik ve Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile bu eksiklik giderilmeye çalışılmış; ancak, bu defa da TTK'da düzenlenmesi gereken birçok hususun kanun yapma tekniğine aykırı olarak yönetmelik ile hüküm altına alındığı ve kimi hükümlerin sözleşme özgürlüğüne müdahale niteliği taşıdığı tespit edilmiştir.

Bu kapsamda çalışmamızda özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından mevzuatta yer alan çelişkiler ve eksikliklerin ortaya konulması, doktrinde yer alan görüşler ve Yargıtay kararları doğrultusunda ihtilafların çözümüne yarayacak tespitlere yer verilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Özel Sağlık Sigortası, Sigorta Sözleşmesi, Türk Ticaret Kanunu, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Sağlık Sigortası Genel Şartları.

ABSTRACT

Bade Alaçam Kırtay

Private Health Insurance Contract

Başkent University, Institute of Social Sciences,

Master in Civil Law with Thesis 2022

The purpose of this study is to examine the private health insurance contract, which constitutes one of the important insurance types of Turkish Private Insurance Law and put forward the principles of this contract. With private health insurance, it is possible for individuals to receive higher quality services than the general health insurance system, and the financial burden on the state is alleviated by sharing the financing of health expenditures with private insurance companies.

Private health insurance contract, which was regulated for the first time in the Turkish Commercial Code No. 6102, was regulated under the title of Life Insurances of the Second Chapter in the Second Part of the Insurance Lawbook between articles 1511 and 1519 under the same title as sickness insurance. This contract is a passive loss insurance rather than a life insurance type. In this respect, it should be accepted that the provisions of the TCC on loss insurance will also be applied to the private health insurance contract by analogy. In this context, although the necessity of making legal regulations in terms of private health insurance contract has been eliminated to some extent, the provisions regulated remain general in many aspects and do not shed light on the application. This deficiency was remedied partially with the Regulation on Information in Insurance Contracts and the Regulation on Private Health Insurances, which are secondary legislation in terms of implementation of the contract, but this time, it has been determined that many issues that should be regulated in the TCC have been stipulated by the regulation, contrary to the law-making technique, and that some provisions have the quality of interfering with the freedom of contract.

In this context, in our study, it is aimed to reveal the contradictions and deficiencies in the legislation in terms of private health insurance contract and to include determinations that will help to resolve conflicts in line with the views in the doctrine and the decisions of the Supreme Court.

Keywords: Private Health Insurance, Insurance Contract, Turkish Commercial Code, Regulation on Private Health Insurances, General Conditions on Health Insurance.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
GİRİŞ.....	1
I. Konunun Sınırlandırılması	1
II. İnceleme Yöntemi	2
III. İnceleme Planı	3

BİRİNCİ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNE İLİŞKİN GENEL ESASLAR

1.1.Tarihsel Gelişim.....	5
1.2. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Tanımı ve Amacı.....	6
1.2.1. Sözleşmenin tanımı	6
1.2.2. Sözleşmenin amacı	7
1.3. Sözleşme Türleri	8
1.3.1. Bireysel ve grup sağlık sigortası	8
1.3.2. Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası	10
1.3.3. Yenileme garantili ve ömür boyu yenileme garantili sağlık sigortası	11
1.4. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi ile İlgili Düzenlemeler	16
1.4.1. Türk hukukunda.....	16
1.4.1.1. Genel olarak.....	16
1.4.1.2. Türk Ticaret Kanunu’nun sigorta hukuku kitabındaki genel hükümler	17
1.4.1.3. Zarar sigortalarına ilişkin hükümler	18
1.4.1.4. Hayat sigortalarına ilişkin hükümler	18
1.4.1.5. Türk Ticaret Kanunu’nun diğer kitaplarındaki genel hükümler	19
1.4.1.6. Türk Borçlar Kanunu’nun ilgili hükümleri	19
1.4.1.7. Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’un ilgili hükümleri	19
1.4.1.8. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartlar	20

1.4.2. Fransız hukukunda.....	21
1.4.2.1. Genel olarak.....	21
1.4.2.2. Fransız Sosyal Güvenlik Kanunu'nda	22
1.4.2.3. Fransız Sigortalar Kanunu'nda.....	23
1.5. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Hukuki Niteliği	24
1.5.1. Tam iki tarafa borç yükleyen bir sözleşme olması bakımından.....	24
1.5.2. Sürekli edimli borç doğuran bir sözleşme olması bakımından	25
1.5.3. İhtiyari bir sözleşme olması bakımından.....	26
1.6. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Sigorta Sistemi İçerisindeki Yeri	26
1.7. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Benzer Sözleşmelerle Karşılaştırılması	28
1.7.1. Özel sağlık sigortası sözleşmesi ve hastalık sigortası sözleşmesi	28
1.7.2. Özel sağlık sigortası sözleşmesi ve hayat sigortası sözleşmesi	29
1.7.3. Özel sağlık sigortası sözleşmesi ve kaza sigortası sözleşmesi	30

İKİNCİ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN KURULMASI

2.1. Sözleşmenin Tarafları ve İlgililer	33
2.1.1. Sözleşmenin tarafları.....	33
2.1.1.1. Sigortacı.....	33
2.1.1.2. Sigorta ettiren	34
2.1.2. Sözleşmenin ilgilileri	35
2.1.2.1. Sigortalı	35
2.1.2.1.1. Genel olarak	35
2.1.2.1.2. Temsilen yapılan sigortada sigortalı	36
2.1.2.1.2.1. Yetkili temsilci tarafından yapılan sözleşme	37
2.1.2.1.2.2. Yetkisiz temsilci tarafından yapılan sözleşme	37
2.1.2.2. Lehtar tayini sorunsalı.....	38
2.2. Sözleşmenin Kurulması.....	39
2.2.1. İrade açıklamaları.....	39
2.2.1.1. Öneri.....	39
2.2.1.2. Kabul	40
2.2.2. Özel sağlık sigortası sözleşmesinin kurulduğu an.....	40
2.3. Sözleşmenin Unsurları	41

2.3.1. Menfaat	41
2.3.2. Riziko ve kapsamı	42
2.3.2.1. Hastalık rizikosu.....	43
2.3.2.2. Kaza sonucu yaralanma rizikosu.....	43
2.3.3. Teminatlar ve kapsamı	44
2.3.3.1. TTK uyarınca teminatın kapsamı	45
2.3.3.1.1. Sağlık giderleri teminatı.....	45
2.3.3.1.2. Gündelik hastane teminatı.....	46
2.3.3.1.3. Gündelik iş görememe teminatı	48
2.3.3.1.4. Bakım giderleri ve gündelik bakım teminatı	49
2.3.3.2. Teminatın süre ve yer olarak sınırlandırılması.....	50
2.3.4. Teminat dışı kalan hâller	51
2.3.4.1. Genel şartlar gereği teminat dışı hâller.....	51
2.3.4.2. Özel şartlarda düzenlenen sair teminat dışı hâller	53
2.4. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Şekli ve Süresi	55
2.4.1. Sözleşmenin şekli.....	55
2.4.2. Sözleşmenin süresi	56
2.4.2.1. Şekli süre	56
2.4.2.2. Maddi süre	56
2.4.2.3. Teknik süre	57
2.4.2.4. Geçmişe etkili sigorta	57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN HÜKÜMLERİ VE GEÇERSİZLİĞİ

3.1. Tarafların Borç ve Yükümlülükleri.....	59
3.1.1. Sigortacının borç ve yükümlülükleri	59
3.1.1.1. Poliçe veya katılım sertifikası verme yükümlülüğü	59
3.1.1.2. Bilgilendirme yükümlülüğü.....	62
3.1.1.2.1. Genel olarak	62
3.1.1.2.2. Bilgilendirme yükümlülüğünün kapsamı.....	63
3.1.1.2.3. Bilgilendirme yükümlülüğünün şekli	64
3.1.1.2.4. Bilgilendirme yükümlülüğünün ihlali hâlinde uygulanacak yaptırım	67

3.1.1.3. Rizikoyu taşıma yükümlülüğü	68
3.1.1.4. Sigorta tazminatı/bedeli ödeme borcu.....	71
3.1.1.4.1. Genel olarak	71
3.1.1.4.2. Sigorta tazminatının/bedelinin tespiti.....	72
3.1.1.4.3. Borcun muacceliyet anı ve temerrüt	74
3.1.1.5. Giderleri ödeme borcu	76
3.1.1.6. Sır saklama yükümlülüğü.....	76
3.1.2. Sigorta ettirenin borç ve yükümlülükleri	78
3.1.2.1. Prim ödeme borcu	78
3.1.2.1.1. Prim miktarının tespiti.....	79
3.1.2.1.2. Prim borcunu ödeme şekli	80
3.1.2.1.3. Prim borcunu ödeme zamanı	81
3.1.2.1.4. Prim borcunu ödeme yeri	81
3.1.2.1.5. Prim ödeme borcunda temerrüt ve sonuçları	82
3.1.2.2. Beyan yükümlülüğü	84
3.1.2.2.1. Sözleşmenin kuruluşu aşamasındaki beyan yükümlülüğü	84
3.1.2.2.2. Sözleşme süresi içindeki beyan yükümlülüğü	91
3.1.2.2.3. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde beyan yükümlülüğü	95
3.1.2.3. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde koruma önlemleri alma yükümlülüğü	96
3.1.2.4. Gerekli belgelerin teslimi yükümlülüğü.....	98
3.2. Bilgi İsteme Hakkı	98
3.3. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Geçersizliği	100
3.3.1. Genel olarak	100
3.3.2. Sağlık sigortasının geçersizliğine neden olan hâller ve geçersizliğin sonuçları	100

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ VE UYUŞMAZLIK ÇÖZÜM YOLLARI

4.1. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesini Sona Erdiren Hâller	104
4.1.1 Sözleşmede belirtilen sürenin dolması hâlinde	104
4.1.2. Sözleşme konusunun ortadan kalkması hâlinde	105
4.1.3. Sözleşmenin ikale ile sona erdirilmesi hâlinde	106
4.1.4. Fesih ile sona erme	107

4.1.4.1. Sigortacının fesih hakkı	107
4.1.4.1.1. Rizikonun ağırlaşması durumunda	107
4.1.4.1.2. Sonraki primlerin ödenmemesi durumunda.....	109
4.1.4.1.2.1. Bir seneden sonraki primlerinde ödenmemesi durumunda	111
4.1.4.1.2.1.1. Ayrılma hakkı.....	111
4.1.4.1.2.1.2. Ödünç verilmesini isteme hakkı.....	112
4.1.4.1.2.1.3. Prim ödenmesinden muaf sigorta	113
4.1.4.1.3. Sözleşmeden doğan yükümlülüklerin ihlalinde	114
4.1.4.2. Sigorta ettirenin fesih hakkı.....	115
4.1.4.2.1. Primin tek taraflı arttırılmasında fesih	115
4.1.4.2.2. Bilgilendirme yükümlülüğünün ihlalinde fesih	116
4.1.4.3. Olağanüstü durumlarda fesih	118
4.1.4.3.1. Tarafların konkordato ilan etmesi.....	118
4.1.4.3.2. Tarafların aczi, takibin semeresiz kalması	119
4.1.5. Sigortacının iflası	121
4.1.6. Kısmi fesih ve cayma	123
4.1.7. Sigorta sözleşmesinin cayma ile sona ermesi.....	124
4.1.7.1. Genel olarak.....	124
4.1.7.2. Sigortacının cayma hakkı	125
4.1.7.2.1. Prim ödeme borcunda temerrüt hâlinde sigortacıya tanınan cayma hakkı	125
4.1.7.2.2. Beyan yükümlülüğünün ihlali hâlinde sigortacıya tanınan cayma hakkı	127
4.1.7.3. Sigorta ettirenin cayma hakkı.....	128
4.2. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinde Ortaya Çıkan Uyuşmazlıkların Çözüm Yolları.....	131
4.2.1. Görevli ve yetkili mahkeme	131
4.2.1.2. Yetkili mahkeme.....	133
4.2.2. Arabuluculuk	134
4.2.3. Sigortacılıkta tahkim	135
SONUÇ	138
KAYNAKLAR.....	144

KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS	: Aquiret İmmun Disease Sendrom
AÜHFD	: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
AkdÜHFD	: Akdeniz Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
BATİDER	: Banka ve Ticaret Hukuku Dergisi
Bilgilendirme Yönetmeliği	: Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik
Bkz.	: Bakınız
BTHAE	: Banka ve Ticaret Hukuku Araştırma Enstitüsü
C.	: Cilt
CUP	: Cambridge University Press
DEÜHFD	: Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
E.	: Esas
E.T.	: Erişim Tarihi
eTTK	: 6762 sayılı Türk Ticaret Kanunu
Genel Şartlar	: Sağlık Sigortası Genel Şartları
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HASİDER	: Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi
HD.	: Hukuk Dairesi
HKUHFD	: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
HGK	: Hukuk Genel Kurulu
HMK	: 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu
HUAK	: 6325 sayılı Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanunu
İİK	: 2004 sayılı İcra ve İflas Kanunu
İTİCUSBD	: İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi
İÜHFM	: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası
JEFA	: Journal of Economics, Finance and Accounting
K.	: Karar
KVKK	: 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
MARUHAD	: Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmalar Dergisi
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

ÖSSY	: Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği
s.	: Sayfa
S.	: Sayı
SAGMER	: Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi
SDÜVD	: Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
Sig. Kanunu	: 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu
SSGSSK	: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
TBB	: Türkiye Barolar Birliği
TBK	: 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TFM	: Ticaret ve Fikri Mülkiyet Hukuku Dergisi
THD	: Terazi Hukuk Dergisi
TKHK	: 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun
TMK	: 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu
TSB	: Türkiye Sigorta Birliği
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TTK	: 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve devamı
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
www.	: world wide web

GİRİŞ

Sağlık sigortası, hastalık sonucunda ortaya çıkan sağlık kontrolü, tedavi ve bakım masraflarının karşılanmasını amaçlayan bir sigorta türüdür. Devletlerin vatandaşlarına sağlık sigortası sağlaması sosyal devlet ilkesinin bir gereğidir. Devletlerin bir kısmında bu hizmet yalnızca çalışanlara ve emeklilere sağlanabilmektedir. Sağlık güvencesinden yararlanabilmek için, vatandaşların kazançlarının bir kısmı karşılığında vergi veya sigorta primi ödemeleri gerekir¹.

Sağlık sistemleri, özel sağlık sigortasının da dâhil olduğu çeşitli mekanizmalarla finanse edilmektedir. Bu finansman şekli, maliyetleri belirli bir süre ve belirli sayıda kişi üzerinde gruplandırarak, bireysel sağlık harcamalarına ilişkin finansal riski dağıtmayı amaçlayan bir araç olarak tanımlanabilir². Özel sağlık sigortası ile de bu finansman şeklinin kolaylaştırılması ve devletler üzerindeki yükün hafifletilmesi mümkün olmaktadır.

Sosyal güvenlik sisteminin ülkedeki tüm vatandaşları kapsayacak şekilde genişletilmesi ve sosyal güvenlik hizmetlerinin hak sahiplerine tatmin edici bir şekilde sunulması önem arz etmektedir. Ülkemizde de bu yöndeki sıkıntıların giderilmesi bakımından, sosyal güvenlik güvencesi finansmanın bir bölümünün, özel sigorta şirketleri ile paylaşılması, hatta söz konusu finansman yükünün tümüyle aktarılması görüş ve eğilimi artış göstermektedir³.

I. Konunun Sınırlandırılması

Ülkemizde sağlık sigortası sistemi, genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasından oluşmaktadır. Genel sağlık sigortasına dair kurallar, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁴ (SSGSSK) ile düzenlenirken; özel sağlık sigortasına ilişkin temel kurallara 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu⁵'nda (TTK) yer verilmiştir. Çalışmamızın

¹ TUNÇ, Orhun/KIYAK, Mithat: “*Private Health Insurance In Europe and Turkey*”, JEFA, Y. 2015, C. II, S. 3, s. 410.

² OECD: “*Private Health Insurance in OECD Countries*”, OECD Publishing, Paris 2004, s. 30, [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries_9789264007451-en#page1, (E.T.: 15.10.2021)].

³ TOPÇUOĞLU, Metin/ÖZTÜRK, Mustafa: “*Özel Sigorta Girişiminin Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Önemi*”, SDÜVD, Y. 2019, C. I, S.1, s. 1.

⁴ RG. 16.06.2006, S. 26200.

⁵ RG. 14.02.2011, S. 27846.

konusunu ise özel sağlık sigortası sözleşmesi ve buna ilişkin özel hukuk kuralları oluşturmaktadır.

Özel sağlık sigortası; bu güvenceden faydalanan kişilerin, sigorta süresi ve poliçede yazılı teminat limitleri ile sınırlı olmak üzere, hastalanmaları veya bir kaza sonucu yaralanmaları hâlinde muayene, teşhis, tedavi ve bakımları için yapılması gereken giderler ile gündelik tazminatları teminat altına alan bir sigorta türüdür. Bu sözleşme ile sigortalılar, kendilerinin belirlediği bir hastanede tedavi olabilir ve sigortalıların teminat kapsamına giren masrafları sigorta şirketince karşılanır. Özel veya profesyonel hayatta meydana gelebilecek bir hastalık veya kaza sonucu ortaya çıkan yatarak veya ayakta tedavi masrafları, arzu edilen bir sağlık müessesinde, teminat limiti ve poliçe şartlarına uygun olduğu ölçüde sağlık sigortası sözleşmesinin tarafı olan sigorta şirketince karşılanmaktadır⁶.

II. İnceleme Yöntemi

Ülkemizde, özel sağlık sigortası sözleşmesine ilişkin yasal düzenlemeye ilk kez TTK'da yer verilmiştir. Sigorta hukuku, Türk yasal mevzuatında TTK madde 1401 ilâ 1520 arasında yer alan altıncı kitapta düzenlenmiştir. Çalışmanın konusunu teşkil eden özel sağlık sigortaları ise “Can Sigortaları” üst başlığının altında düzenlenmiştir.

Bu kapsamda çalışmamızda, öncelikle temel mevzuat taraması yapılmış ve özel sağlık sigortasına uygulanan Türk yasal mevzuat derlenmiştir. TTK'da sağlık sigortası başlığı altında özel olarak düzenlenen ve doğrudan uygulanacak kanun hükümleri, sözleşmeye kıyasen uygulanacak hükümler, özel sağlık sigortası sözleşmesine uygulanacak Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik⁷ (Bilgilendirme Yönetmeliği), Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliđi⁸ (ÖSSY) ve sigorta sözleşmelerinin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden Sağlık Sigortası Genel Şartlarında⁹ (Genel Şartlar) yer alan güncel düzenlemeler esas alınarak özel sağlık sigortası sözleşmesinin tanımı, türleri, hukuki niteliği, unsurları, teminatların kapsamı, tarafların hak ve yükümlölükleri, sözleşmeyi sona erdiren hâller ile sözleşmeden doğan uyuşmazlıkların çözüm yolları incelenmiştir. Özel sağlık sigortası

⁶ TUNÇ/KIYAK, s. 410.

⁷ RG. 14.02.2020, S. 31039.

⁸ RG. 23.10.2003, S. 28800.

⁹ Bkz. Sağlık Sigortası Genel Şartları,

[https://tsb.org.tr/media/attachments/Sagl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1_Genel_Sartlar%C4%B1.pdf, (E.T.: 18.04.2021)].

sözleşmesi bakımından sigorta şirketlerince düzenlenen özel şartlar da uygulamaya ışık tutmak amacıyla çalışmamız kapsamında ele alınmıştır. Ayrıca, ihtilafların çözümüne yarayacak tespitlere yer verilebilmesi bakımından Yargıtay kararlarına da atıf yapılmıştır.

Aynı zamanda özel sağlık sigortası sözleşmesine ilişkin akademik yayınlar ve makaleler incelenmiş, sözleşmenin TTK'nın genel hükümlerine tâbi olması bakımından bu konuda sigorta hukukuna ilişkin yazılmış akademik kaynaklara da başvurulmuştur. Ayrıca, sözleşmenin önemi ve özel sağlık sigortası sözleşmesinin yaygın şekilde uygulandığı Fransa'da sözleşmenin uygulanma alanı ile farklılık ve önem arz eden hükümlerin değerlendirilmesi amacıyla Fransız yasal mevzuatı, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü'nün elektronik yayınları ile uluslararası yayınlar incelenmiştir.

III. İnceleme Planı

Özel sağlık sigortası sözleşmesine ilişkin bu çalışmamız dört ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, özel sağlık sigortası sözleşmesine ilişkin genel esaslar incelenmiştir. Bu kapsamda sözleşmenin kısa tarihçesi, tanımı ve amacı, türleri, sözleşmeye uygulanacak hükümler ve yasal düzenlemelere yer verilmiştir. Ayrıca, sözleşmenin hukuki niteliği ile sigorta sistemi içerisindeki yeri incelenerek, sözleşmeyi benzer sözleşmelerden ayırt etmek amacıyla hayat, kaza ve hastalık sigortaları ile benzerlik ve farklılıkları açıklanmıştır.

İkinci bölümde, sözleşmenin kurulmasında esas alınan temel kavramlar incelenmiştir. Bu anlamda, ilk olarak sözleşmenin tarafları olan sigortacı ve sigorta ettiren kavramları açıklanmıştır. Ayrıca, ilgili kişiler olan, sigortalı ile lehtar kavramları ile lehtar tayininin sağlık sigortası sözleşmesinde mümkün olup olmadığı incelenmiştir. Yine bu bölümde, sözleşmenin unsurlarını oluşturan menfaat ve riziko kavramları açıklanmış, TTK'da düzenlenen teminatlar ve kapsamı ile son olarak teminat dışı kalan hâller inceleme konusu yapılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, tarafların yükümlülükleri, sigortacı ve sigorta ettiren bakımından iki ayrı başlık altında incelenmektedir. Sigorta ettirenin prim ödeme borcunun karşılığında, sigortacı sözleşme süresi boyunca rizikoyu taşıma yükümlülüğü altındadır. Bu yükümlülükler haricinde sigortacının; poliçe ve katılım sertifikası düzenleme ve teslim etme,

bilgilendirme, sigorta tazminatı ve giderleri ödeme borcu ile sır saklama yükümlölüklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Buna karşılık, sigorta ettiren ise prim ödeme borcunun yanında sözleşmenin kuruluşu ve sözleşme süresi boyunca beyanda bulunma, yine riziko gerçekleştiğinde beyanda bulunma ve koruma önlemleri alma ve sigortacı için gerekli belgeleri teslim etme yükümlölüğü altındadır. Anılan yükümlölüklerin ihlali hâlinde birçok sonuç ortaya çıkabilmekle beraber, bunların en yaygını sözleşmenin fesih veya cayma sonucu taraflarca sona erdirilmesidir. Yine aynı bölümde, sigorta ettiren veya riziko kişinin bilgi isteme hakkının kapsamı incelenmiş, akabinde özel sağlık sigortası sözleşmesinin geçersizliğine sebep olan durumlar ve bunların sonuçları, 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu¹⁰ (TBK) ve TTK kapsamında ortaya konulmuştur.

Çalışmamızın son ve dördüncü bölümünde ise, sağlık sigortası sözleşmesini sona erdiren hâllere ve uyuşmazlık çözüm yollarına yer verilmiştir. Tüm sözleşme tiplerinde olduğu gibi, özel sağlık sigortası sözleşmesi de birçok sebeple sona erebilmektedir. Sözleşmenin sona ermesi; sözleşmede belirtilen sürenin dolması, sigorta konusunun ortadan kalkması, sözleşmenin ikale ile sona erdirilmesi, sigortacının iflası, sözleşmenin feshi ve sözleşmeden cayma sonucu mümkün olabilmektedir. TTK ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarında sigortacı ve sigorta ettiren yönünden düzenlenen fesih ve cayma haklarının özellik arz etmesi bakımından, bu sona erme sebeplerine ilgili bölümlerde yer verildiği gibi, ayrı başlıklar altında da inceleme konusu yapılmıştır. Ayrıca, özel sağlık sigortası sözleşmesinden doğan bir uyuşmazlık hâlinde başvurulacak görevli ve yetkili mahkeme belirlenmiş, gerek ticari uyuşmazlıklar gerekse de tüketici uyuşmazlıkları bakımından dava şartı olarak düzenlenen arabuluculuk müessesesi ve son olarak bir diğer alternatif uyuşmazlık çözüm yolu olan sigorta tahkimi ve Sigorta Tahkim Komisyonu'na başvuru usulü açıklanmıştır.

¹⁰ RG. 04.02.2011, S. 27836.

BİRİNCİ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNE İLİŞKİN GENEL ESASLAR

1.1.Tarihsel Gelişim

Sanayileşmiş ülkelerin birçoğunun, 1950'lerin sonlarında, vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamında güvence altına almış olmalarına rağmen, sağlık hizmetlerinin kullanımı, fiyatlar ve enflasyon artışı gibi sebeplerle devletler finansman baskısı altında kalmıştır. Bu dönemde, toplumdaki artan talebi karşılamak ve finansman yükünü hafifletmek amacıyla, devletler, zaten faaliyet gösteren özel sektörü ve özel sağlık sigortasını teşvik eden ve geliştiren uygulamalara gitmişlerdir¹¹.

Türkiye’de ise, ilk özel sağlık sigortacılık uygulamaları 1990’larda başlamıştır. Bu tarihten önce, kaza sigortası kapsamında, sigortalılara kaza sonucu yaralanma hâlinde sağlık giderlerinin karşılanması amacıyla tazminat ödenmesi söz konusu olmuştur. 1990 yılından itibaren ise özel sağlık sigortacılık sistemi çok hızlı ilerleme kaydetmiştir¹².

1982 yılına kadar kaza sigortasında ek teminat olarak verilen ve bu tarihten sonra hayat sigortaları kapsamında da satılmaya başlanan sağlık sigortaları, satılan teminatlara yoğun talep gelmesi ve sağlık sigortasına ilişkin teminatların yüksek potansiyel taşıması sonucu, hastalık sigortası adı altında, 12.01.1990 tarih ve 90-55 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı¹³ ile ayrı bir branş olarak tesis edilmiştir. 15.08.2005 tarihli Hastalık Sigortası Branş Adının Sağlık Sigortası Olarak Değiştirilmesine İlişkin Tebliğ¹⁴ ile ise, branş ismi “Sağlık Sigortası” olarak değiştirilmiştir¹⁵.

1990’lı yılların ortalarında, özellikle yabancı sermayeli şirketlerin çalışanlarına sağlık sigortası yaptırmalarının etkisiyle, ülkemizde özel sağlık sigortacılığı artış göstermiştir. Yabancı sermayeli şirketlerin çalışanlarına sağladıkları bu faydayı gören kişiler, yerli sermayeli işverenlerinden de bu imkânı talep etmişlerdir. Sağlık sigortalıların

¹¹ TİRYAKİ, Derya/TATAR, Mehtap: “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, HASİDER, Y. 2000, C. V, S. 4, s. 127.

¹² TİRYAKİ/TATAR, s. 129.

¹³ RG. 11.02.1990, S. 20340.

¹⁴ RG. 06.09.2005, S. 25928.

¹⁵ TUNÇ/KIYAK, s. 413.

sayısının artması sonucunda, sigorta şirketlerinin sağlık sigortası branşında çalıştırdıkları kişilerin sayısı ve nitelikleri de artmıştır. Ayrıca, özel sağlık kuruluşlarının sayısı ve yaygınlığı da özel sağlık sigortasının gelişimine paralel olarak ilerleme kaydetmiştir¹⁶.

1.2. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Tanımı ve Amacı

1.2.1. Sözleşmenin tanımı

Sağlık sigortası sözleşmesi, TTK ve Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile düzenlenmiş; ancak gerek kanunda gerekse yönetmelikte açıkça tanımlanmamıştır. Sağlık sigortası teminatlarını düzenleyen TTK madde 1513'ün lâfzından anlaşıldığı üzere; sağlık sigortası, sigortalının hastalık sonucu yapmak zorunda kaldığı giderleri, çalışamamaktan dolayı mahrum kaldığı kazancı ve bakım masraflarını sözleşme şartları çerçevesinde tazmin eden bir sözleşmedir¹⁷.

Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 1. maddesinde ise, teminatın kapsamı şu şekilde düzenlenmiştir: “*Sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları hâlinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder*”. Bu tanım da ifade edildiği gibi, özel sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamına, hastalık ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanma durumu dâhil edilmektedir¹⁸.

Doktrinde BACH’a göre, sağlık sigortası, sigortalının sigorta süresince hastalanması veya herhangi bir kaza sonucu yaralanması hâlinde tedavisinin sağlanması ve sigortalının eski hâline gelmesi için gerekli giderlerin sigorta şirketi tarafından karşılanması amacıyla yapılan bir sigorta olarak tanımlanmaktadır¹⁹.

Bir başka görüş ise özel sağlık sigortasını, “*çok farklı fonksiyonları ve uygulamaları olmasına rağmen genel olarak sağlık sigortası hizmetinin "özel" organizasyonlar tarafından*

¹⁶ TUNÇ/KIYAK, s. 413.

¹⁷ KANER, İnci Deniz: Sigorta Hukuku, Filiz Kitabevi, İstanbul 2016, s. 58.

¹⁸ ULAŞ, Işıl: Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, Hayat ve Kişisel Kaza Sigortaları, 2. Bası, Ankara 2002, s. 201.

¹⁹ BACH, Peter: Private Krankenversicherung, 3. Aufl., München, 2002, (ÇEKER, Mustafa: 6102 Sayılı Yeni Türk Ticaret Kanunu’na Göre Sigorta Hukuku, Karahan Kitabevi, Adana 2013, s. 350’den naklen).

*sağlandığı, bireyin hastalık riskinin gerçekleşmesi hâlinde tedavi edilmesini ve tedavi masrafları sonucunda ortaya çıkan finansal risklere karşı da korunmasını içeren sigorta çeşidi” olarak tanımlamaktadır*²⁰.

Genel Şartlarda belirtilen teminatın kapsamında olan hastalık kavramı, kişinin bünyesinden kaynaklanan ya da bulaşıcı hastalık sonucu hastalanması hâlidir. Ayrıca, kaza sonucu ya da kazaya bağlı olarak meydana gelen hastalıklar kural olarak kaza sigortasının kapsamındadır; ancak bu konu da özel bir hükümle sigorta kapsamına dâhil edilebilir²¹.

Sağlık sigortası, meblağ veya zarar sigortası olarak düzenlenebilmektedir. Buna göre, hastalık ve kaza sonucu yaralanma hâlinde ortaya çıkan muayene, tedavi, sağlık kuruluşu ve bakım giderleri teminat altına alınmışsa sağlık sigortası zarar sigortası niteliğindedir. Ancak sigortalının hastalanması veya kaza sonucu yaralanması hâlinde poliçede belirtilen teminat bedelinin ödeneceği düzenlenmişse, sağlık sigortası bir meblağ sigortası niteliğindedir²².

1.2.2. Sözleşmenin amacı

Günümüzde çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede sosyal güvenlik sisteminin özel programlarla desteklenmesi planlanmaktadır. Bu bakımdan devletler kamu bütçeleri üzerindeki baskıyı azaltmak için özel sağlık sigortasına yönelmektedir²³. Sosyal güvenlik sistemleri çok sayıda kişiye asgari düzeyde güvence sağladığından; daha fazlası için, kişilerin isteğine uygun olarak özel sigortalardan faydalanması mümkün olmaktadır. Bu şekilde, bir yandan sosyal sigorta sisteminin yükü hafifletmekte, diğer yandan da sigortalılar istedikleri kalitede hizmet alabilmektedir²⁴. Bu anlamda, Türkiye’de özel sağlık sigortası, genel sağlık sigortasının bir alternatifi olarak değil; tamamen ihtiyari bir sigorta sözleşmesi niteliğindedir²⁵.

Sağlık sigortası, kişilerin düzenli olarak ödedikleri primler ile hastalandıklarında ya da kaza sonucu yaralandıklarında, yapılması gereken sağlık giderlerinin finansmanına

²⁰ PREKER, S. Alexander/SCHIEFLER, Richard M./BASSETT, Mark C.: Private Health Insurance in Development: Friend or Foe, World Bank Publications, Washington D.C. 2006, s. 345.

²¹ ULAŞ, s. 201.

²² ÇEKER, s. 354.

²³ THOMSON, Sarah / MOSSIALOS, Elias: “EU Law and Regulation of Private Health Insurance, Health Economics, Policy and Law”, CUP, Y. 2007, C. II, S. 2, s. 123.

²⁴ ORHANER, Emine: Türkiye’de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara 2000, s. 49.

²⁵ SÜZEL, Cüneyt: “Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Niteliği, Tarafları ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi”, MARUHAD, Y. 2018, C. XXIV, S. 2, s. 936.

katkı sağlamaları amacıyla ihdas edilmiştir. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânı artmakta ve diğer sigorta dallarında olduğu gibi kişiler gelecek kaygısından bir nebze de olsa uzaklaşmaktadır²⁶. Özel sağlık sigortası, hastalık ve kaza rizikosunu nedeniyle kişilerin uğradığı ekonomik zararları gidermek amacıyla düzenlenmiştir ve uygulaması ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır²⁷. Ancak gelişmiş ülkelere kıyasla ülkemizde hâlen özel sağlık sigortasından faydalanma oranı oldukça düşüktür²⁸.

Sağlık sigortasının amacı; kişilerin sağlıklarını güvence altına almak, sağlık sorunları çıkması hâlinde ödenecek sağlık harcamalarını karşılamak, hastalanma ya da kaza sonucu yaralanma nedeniyle iş göremez hâle gelmeleri sebebiyle azalan malvarlıklarına karşı gelir sağlamaktır²⁹.

1.3. Sözleşme Türleri

1.3.1. Bireysel ve grup sağlık sigortası

Bireyin münferit olarak yer aldığı veya onunla birlikte anne, baba, bekar çocuklarından oluşan ailesini de kapsayacak şekilde düzenlenen sağlık sigortası türü; bireysel sağlık sigortası olarak adlandırılmaktadır³⁰.

Grup sağlık sigortası ise, sigorta ettirenin tüzel kişilik olduğu ve bu tüzel kişilik bünyesinde çalışan veya tüzel kişilikle öğrencilik, üyelik gibi bir ilişkisi olan kişilerin toplu şekilde sigortalandığı; sigortalı ile onun eşi ve çocuğunu kapsayan sağlık sigortası türü olarak tanımlanmaktadır³¹.

²⁶ KARABIYIK, Aydın: “*Police Genel Şartları ve Türk Ticaret Kanunu Tasarısı Uyarınca Sağlık Sigortası Sözleşmesi*”, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış), İstanbul 2006, s. 15, 16.

²⁷ ORHANER, s. 75.

²⁸ BALKANLI, Meltem: “*Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları*”, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış), Ankara 2017, s. 56.

²⁹ ORHANER, s. 75.

³⁰ Bkz. Allianz Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları,

[https://www.allianz.com.tr/content/dam/onemarketing/aztr/8llianz/pdf/kurumsal/Grup_%C3%96zel_%C5%9Fartlar%C4%B1_2015_bas%C4%B1ma_verilen.pdf, (E.T.: 03.05.2021)].

³¹ Bkz. Allianz Grup Sağlık Sigortası Özel Şartları,

[https://www.allianz.com.tr/content/dam/onemarketing/aztr/allianz/pdf/kurumsal/Grup_%C3%96zel_%C5%9Fartlar%C4%B1_2015_bas%C4%B1ma_verilen.pdf, (E.T.: 03.05.2021)].

ÖSSY'nin 6. maddesinde sağlık sigortalarının bireysel ve grup sağlık sigortası olarak düzenlenebileceği hüküm altına alınmıştır. Bir can sigortası olan özel sağlık sigortasında, sigortalı bir kişi veya grup olabilir³². Grup sağlık sigortaları, grup mensuplarının sağlık giderlerinin karşılanmasını amaçlayan bir zarar sigortasıdır. Bu bakımdan, TTK 1496. maddede düzenlenen hayat sigortalarına ilişkin grup sigortaları hükmü, sağlık sigortası için uygulanamamaktadır³³.

Grup sağlık sigortaları, sigortaya girişin zorunlu olarak gerçekleştiği otomatik (zorunlu) katılımlı grup sigortası ve isteğe bağlı katılımlı grup sağlık sigortası şeklinde düzenlenebilmektedir. Zorunlu katılımın söz konusu olduğu sigortalarda, sigorta sözleşmesi sigorta şirketi ile grubun temsilcisi arasında kurulur. Sigorta şirketi sözleşme öncesi bilgilendirme yükümlülüğünü grup temsilcisine karşı yerine getirir. Grup temsilcisi de grup mensuplarını sigorta sözleşmesi teminatları, sözleşmesel yükümlülükler ve hasar süreci hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür³⁴.

İsteğe bağlı katılımlı grup sağlık sigortasında ise, grup temsilcisi ile sigorta şirketi arasında yapılan bir çerçeve sözleşme temelinde, sigortaya dâhil olmaya karar veren grup mensuplarının her biri ile ayrı birer bireysel sigorta sözleşmesi kurulur. Grup temsilcisi ile sigorta şirketi arasında çerçeve sözleşmede belirlenen temel kurallar, bireysel sözleşmelerde de geçerli olur. Ancak kural olarak, çerçeve sözleşmede yapılan değişiklikler bireysel sözleşmeleri etkilememektedir³⁵.

Bireysel sigortalarda poliçe şartları daha esnek şekilde belirlenebilir; örneğin, sigorta süresi ve sözleşme yapılacak sigorta şirketi sigorta ettiren tarafından serbestçe tayin edilebilir. Bununla birlikte, grup sigortası primleri bireysel sigorta primlerine göre daha düşüktür³⁶. Bu şekilde sigortalı grup mensupları toplu bir şekilde güvenceye alınırken;

³² ÇEKER, s. 341.

³³ ÜNAN, Samim: Türk Ticaret Kanunu Şerhi, Altıncı Kitap: Sigorta Hukuku, Cilt III, Sigorta Türlerine İlişkin Özel Hükümler, İkinci Bölüm: Can Sigortaları (Madde 1487-1520), On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2017, s. 503.

³⁴ ÜNAN, s. 504.

³⁵ ÜNAN, s. 506.

³⁶ KUBİLAY, Huriye: Uygulamalı Özel Sigorta Hukuku, Fakülteler Kitabevi Barış Yayınları, İzmir 2003, s. 55.

işverenler de ucuz prim ödeme ve çalışanlarına güvence sağlama ayrıcalığına sahip olmaktadır³⁷.

1.3.2. Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında güvence altına alınmayan giderlerin karşılanması ya da kısmen karşılanan giderlerin bakiye kısmının karşılanması ya da kişinin daha yüksek kalitede sağlık hizmeti almak istemesi amacıyla düzenlenen bir özel sağlık sigortası türü olarak tanımlanabilir³⁸.

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası, her ne kadar ÖSSY madde 6'da bir özel sağlık sigortası sözleşmesi türü olarak belirtilmemişse de ÖSSY'nin 18. maddesinde ayrı bir hüküm ile ürün adı altında düzenlenmiştir. İlgili hükme göre, genel sağlık sigortalısının SSGSGK kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ("SGK") üstlendiği Türkiye'deki masraflarına ek olarak doğabilecek giderler ve genel sağlık sigortalısının SGK tarafından ödenmeyen Türkiye'deki giderleri, tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası sözleşmesinin teminatları ve özel şartlarına uygun olarak sigorta şirketince karşılanır.

Sigorta şirketleri özel şartlarına³⁹ göre bu sigorta ile sözleşme süresi boyunca, SGK, SSGSSK ve GSS kapsamında, sigortacı ile tamamlayıcı sağlık sigortası özelinde anlaşması bulunan özel sağlık kuruluşlarında alınan hizmetlere ilişkin ek giderleri, sigortacı ile sağlık kuruluşu arasındaki anlaşmaya göre Sağlık Uygulama Tebliği⁴⁰ fiyatlarını aşan meblağları, otelcilik hizmetine ilişkin masrafları ve özel şartlarda belirlenmiş olmak şartıyla SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetlerine ilişkin giderleri, Sağlık Sigortası Genel Şartları, ÖSSY ve özel şartlara uygun olarak teminat altına alınır.

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası sözleşmesi, Türkiye'de sadece SGK güvencesi olan ve GSS kapsamında hak sahibi olan kişiler için düzenlenebilir. GSS güvencesini kaybeden kişiler, tamamlayıcı sağlık sigortası teminatlarından faydalanamamaktadır. Bu sigorta sözleşmesi ile yalnızca SGK tarafından karşılanan sağlık

³⁷ ULAŞ, s. 154.

³⁸ BALKANLI, s. 46.

³⁹ Bkz. Allianz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları, [https://www.allianz.com.tr/content/dam/onemarketing/aztr/allianz/pdf/saglik-sigortalari/tamamlayici-saglik-sigortasi/TSS_Ozel_Sartlar_150617.pdf, (E.T.: 03.05.2021)].

⁴⁰ RG. 24.03.2013, S. 28597.

giderlerinden, sigortalının ödemesi gereken fark kısmı doğması hâlinde, bu kısmın teminatlardan karşılanması mümkün olmaktadır⁴¹.

İşbu sözleşme, devlet destekli bir sağlık sigortası türü olup SGK tarafından karşılanmayan veya fark ücreti doğması hâlinde, bu kısma ilişkin tedavi masraflarının karşılanması amacıyla uygulanmaktadır. Anılan sözleşme türünün hem prim tutarının bireysel sağlık sigortası priminden daha düşük olması hem de sosyal sigorta ile sağlanan güvencenin üstünde bir güvence sağlaması bakımından, SGK kapsamındaki sigortalı menfaatine daha uygun olduğu söylenebilir.

1.3.3. Yenileme garantili ve ömür boyu yenileme garantili sağlık sigortası

Yenileme garantisi, sigorta şirketi tarafından sigortanın yenilendiği dönem için yeniden sözleşme yapılarak sigorta ilişkisinin devam ettirilmesi anlamına gelmektedir⁴². Ömür boyu yenileme garantisi ise sözleşmenin aynı şartlar ve teminatlar dâhilinde yaşam boyu yenileceğinin sigortacı tarafından taahhüt edilmesidir⁴³. Yenileme garantili sözleşmelerde bu garanti belirli bir süre ile sınırlandırılmışsa, bu süre içinde yapılacak tüm sözleşmeler kesin olarak yenilenecektir. Ömür boyu yenileme garantisinde ise sigortalının yaşam süresi boyunca sözleşme yürürlükte kalacak ve bu garanti, sigortalının vefatına kadar geçerli sayılacaktır⁴⁴.

TTK'da yenileme garantili/garantisiz sigorta ve ömür boyu yenileme garantisi kavramlarına yer verilmemiştir. Uygulamada sigorta şirketlerince kullanılan bu kavramlara ilişkin kurallar ilk defa ÖSSY ile düzenlenme altına alınmıştır⁴⁵. ÜNAN'a göre, bu düzenlemeye ÖSSY yerine; TTK'da yer verilmeli ve yenileme garantisi verme hakkı tamamen sigortacının takdirine bağlı olmaktan çıkarılmalıydı⁴⁶.

⁴¹ Bkz. Anadolu Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları, [https://www.anadolusigorta.com.tr/i/content/29_1_SA626(TSS%20%C3%B6zel%20%C5%9Farlar).pdf, (E.T.: 03.05.2021)].

⁴² ÜNAN, s. 478.

⁴³ ÜNAN, s. 480.

⁴⁴ ÜNAN, s. 478.

⁴⁵ SÜZEL, s. 948.

⁴⁶ ÜNAN, s. 478.

Yenileme garantili ve ömür boyu yenileme garantili sağlık sigortası sözleşmesi kavramlarının açıklanması bakımından, yenilemenin hukuki mahiyetinin belirlenmesinde fayda bulunmaktadır. TBK madde 133 gereğince yenileme, tarafların açık iradesi ile yeni borçla, mevcut borcun sona erdirilmesi hâlidir. Borcun yenilenmesi, alacaklı ve borçlu arasında yapılan bir anlaşma ile gerçekleşir. Borcu sona erdiren yenileme; borcun konusunun, tâbi olduğu hükümlerin, borcun sebebinin veya tarafların değiştirilmesi şeklinde olabilir. Yenilemede sözleşmenin taraflarının iradesi, eski bir borcun yerine yeni bir borcu geçirmektedir⁴⁷. Kanımızca ÖSSY’de düzenleme altına alınan yenileme garantili sözleşme, TBK anlamında yenileme mahiyetinde değildir. Öyle ki, yenileme garantisi ile sigortacı tarafından sözleşmenin konusu ve kapsamının değişmeden yenileneceği taahhüt edilmektedir. Burada esasen, sözleşmenin süresinin uzatılması söz konusu olmakta ve yenileme garantisi ile aynı sözleşmeye devamlılık kazandırılması amaçlanmaktadır.

Kanımızca yenileme garantili veya ömür boyu yenileme garantisi içeren sigorta sözleşmesinin, TBK madde 29 anlamında bir ön sözleşme olduğu söylenebilir. Sözleşme yapma zorunluluğunun söz konusu olabileceği bir diğer hâl de, bir kişinin ileride belirli bir sözleşmeyi yapmayı taahhüt ettiği hâllerdir. Bu vaat, sözleşmenin diğer tarafı lehine yapılabileceği gibi, bir üçüncü kişi lehine yapılmış da olabilir. Bu vaadin yer aldığı sözleşme TBK’da ön sözleşme olarak adlandırılmaktadır (TBK madde 29). Ön sözleşmede, sadece bir tarafın sözleşme yapma vaadinde bulunması mümkün olduğu gibi; her iki tarafın da karşılıklı olarak vaatte bulunması mümkündür⁴⁸. Buna göre, genel olarak yenileme garantisi belirli bir süre ile sınırlı olarak verildiğinden, o süre boyunca sözleşmenin yenileceğinin vaat edilmesi bir ön sözleşme niteliğindedir. Ömür boyu yenileme garantisi bakımından ise sigortacı, sigortalıyı her yenileme döneminde değerlendirme şartlarına tabi tutarak, ömür boyu yenileme garantisi içeren bir sözleşme akdedip akdetmeme iradesini serbestçe belirleme hakkına sahiptir. Sigortacı tarafından sigortalıya bu hakkın belirli şartlarla tanınmasının taahhüt edilmesi söz konusu olmaktadır. Bu anlamda, kanımızca ömür boyu yenileme garantisi bakımdan sigortacının bu garantiyi içeren bir sözleşme yapma vaadinde bulunduğu söylenebilir.

⁴⁷ OĞUZMAN, Kemal/ÖZ, Turgut: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2010, s. 436, 437.

⁴⁸ OĞUZMAN/ ÖZ, s. 148.

Bir ön sözleşme ile taahhüt ettiği sözleşmeyi yapmaktan kaçınan kişiye karşı, lehine taahhütte bulunan kişi, sözleşme yapmaya zorlamak için dava açabilir. Bu hâlde hâkimin davacı lehine vereceği hüküm, davalının irade beyanı yerine geçmektedir⁴⁹. Ayrıca, ön sözleşmeden doğan borcun ifa edilmemesi hâlinde, aynen ifa davası yerine sadece uğranılan zararların tazmini için bir dava açılması da mümkündür (TBK madde 112)⁵⁰. Bu durumda, ömür boyu yenileme garantisi sağlanmadan sözleşmenin yenilenmesi veya bu hak kazanılmış olmasına rağmen sözleşmenin hiç yenilenmemesi hâlinde, sigorta ettirenin sözleşmenin aynı şartlarla devamı için aynen ifa davası açabilmesi veya uğradığı zararın tazminini talep edebilmesi mümkündür.

Özel sağlık sigortası sözleşmelerinin yenileme garantili veya yenileme garantisiz olarak düzenlenmesi mümkündür (ÖSSY madde 6). Sigorta sözleşmeleri kural olarak bir yıl süre ile geçerli olarak düzenlenmektedir. Sözleşme süresi bittiğinde sigorta şirketi risk analizi yaparak; belirlediği şartlar dâhilinde, sözleşmeyi yeniler ya da sözleşmeyi yenilememeyi tercih edebilir. Ancak belirli koşullarda yenileme garantili sözleşme düzenlemek de mümkündür. Yenileme garantisi, ömür boyu yenilemeye ilişkin olabileceği gibi; sözleşme kapsamında farklı taahhütlerin yenilenmesine ilişkin de olabilir⁵¹. Nitekim, ÖSSY madde 6/2’de: “*Şirketçe, sözleşme yenilemelerine ilişkin bu Yönetmelikte bahsi geçen ömür boyu yenileme garantisinden farklı taahhütlerin verilmesi mümkündür. Bu durumda verilen yenileme taahhüdünün ömür boyu yenileme garantisinden farklılıkları konusunda bilgilendirme yapılır*” denilmektedir.

Yenileme garantisinin neye ilişkin olarak verildiği hususunda sigortalının bilgilendirilmesi gerekmektedir. ÖSSY madde 6/3’te, yenileme garantisinde sigortacının bilgilendirme yükümlülüğünü ne şekilde yerine getirmesi gerektiği düzenlenmiştir. Buna göre bilgilendirme formunda, özel şartlarda ve poliçede, sözleşme kapsamında yenileme garantisi olup olmadığı ve şayet bu garanti mevcutsa kapsamının belirtilmesi gerekmektedir⁵².

⁴⁹ OĞUZMAN/ÖZ, s. 149.

⁵⁰ ERCOŞKUN ŞENOL, Kübra: “Sözleşmenin İçeriğini Belirleme Özgürlüğü ve Bunun Genel Sınırı: TBK m. 27”, İÜHF, Y. 2016, C. LXXIV, S. 2, s. 717.

⁵¹ SÜZEL, s. 948.

⁵² ÜNAN, s.479.

Ömür boyu yenileme garantisi, “*özel sağlık sigortası sözleşmesinin aynı plan ile ömür boyu yenilenmesi taahhüdü*” olarak tanımlanmaktadır (ÖSSY madde 7). Plan ifadesi: “*teminatları, teminat limitlerini ve teminatlar kapsamında sigorta şirketinin ödeme yüzdesini veya sigortalı katılım payını gösterir poliçe üzerindeki veya eki bilgiyi*” ifade etmektedir. Buna göre ömür boyu yenileme garantisi, özel sağlık sigortası sözleşmesinde belirtilen teminatlar, limitleri ve bu kapsamda şirketin ödeme yüzdesi veya sigortalı katılım payı ile her yıl aynı şekilde yenilenmesi taahhüdü olarak tanımlanabilir⁵³.

Ayrıca ÖSSY madde 7/2 uyarınca: “*Şirket, ömür boyu yenileme garantisi taşıyacak yeni sözleşmenin teminatlarını ve primini tespit edebilmek için geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri de dikkate alır. Sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına, özel şartlarında belirleyeceği kurallar dâhilinde, hastalık ek primi, limit ve sigortalı katılım payı uygulayabilir veya bunları teminat kapsamı dışında bırakabilir*”.

Sigorta şirketleri, ilk sağlık sigortalılığı başvuru kabul kriterlerinde olduğu gibi, ömür boyu yenileme garantisinde bulunacakları sonraki sözleşme için de kişinin önceki sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve geçmiş bir hastalığı varsa bunun gelecekte de sağlık durumunu etkileyip etkilemeyeceğini analiz eder ve bu doğrultuda gerekirse ek prim ve sigortalı katılım payı uygulayabilir veya bu hastalıkları tümüyle teminat kapsamı dışında bırakabilir. Burada önemli olan husus, sigorta şirketince ömür boyu yenileme garantisi ihtiva eden bir sözleşme düzenlendiğinde, bu garantiye ilişkin şartların ne olacağı ve ileride nasıl değişiklikler olabileceği hususunda sigorta ettiren/sigortalının açık bir şekilde bilgilendirilmesidir⁵⁴.

ÖSSY madde 7/2 düzenlemesi ÜNAN tarafından eleştirilmiştir. ÜNAN, bu maddede belirtilen özel şartların neyi kastettiğinin anlaşılmadığını, bu özel şartların münferit olarak mı yoksa tüm sigorta ettirenler/sigortalılar bakımından mı uygulanacağını hükümden anlaşılmadığını ve her hâlde tüm sigortalılara dayatılacak özel şartlar söz konusuysa burada genel işlem şartlarının söz konusu olacağını ifade etmiştir. Ayrıca ÜNAN, sigortacı tarafından tek taraflı kural belirlenmiş olmasının da sigortalının iradesinin hiçe sayılması anlamına gelmesi ve bu durumun yine genel işlem şartlarının varlığına işaret etmesi

⁵³ SÜZEL, s. 949.

⁵⁴ BALKANLI, s. 33.

sebebiyle de düzenlemeyi eleştirmiştir⁵⁵. Bizce de anılan düzenleme ile sigorta şirketlerine çok geniş bir yetki alanı bırakılmakta ve bu durum, sigorta ettirenin sözleşme yapma iradesini zayıflatmaktadır.

ÖSSY madde 7/3'te ise, sigortalının ömür boyu yenileme garantisine hak kazandıktan sonraki dönemde hastalanması hâlinde; sigorta şirketinin, bu hastalık sebebiyle teminat kapsamını daraltmasının, teminat limitini düşürmesinin ve sigortalının katılım payını artırmasının mümkün olmadığı düzenlenmiştir. Ayrıca, sigorta şirketinin sonradan ortaya çıkan hastalıklar sebebiyle prime esas koşullarda ve özel şartlarda sigortalı aleyhine olacak değişiklikler yapması yasaktır. Sonradan meydana gelen hastalıklara bağlı olarak hastalık ek primi uygulanamayacağı gibi; sigorta şirketince ödenen tazminatlara oranla primin düşük kalmış olması sebebiyle ek prim uygulanması da söz konusu olamaz (ÖSSY madde 7/3).

Sigorta şirketinin, sigortalı tarafından ömür boyu yenileme garantisine hak kazanılmadan önce, sözleşmenin her yenileme döneminde, sigortalının hak kazanma şartlarına uygunluğu hakkında sigortalıya yazılı veya elektronik ortamda bilgilendirme yapması gerekmektedir. Şayet bu bilgilendirme yapılmazsa, sigortalının ömür boyu yenileme garantisine hak kazandığı kabul edilir (ÖSSY madde 7/4).

Burada bildirim yapılmamasının sonucu, ispat yükünün yer değiştirmesidir. Kural olarak, ömür boyu yenileme garantisine hak kazandığını sigortalının ispatlaması gerekmektedir. Ancak ÖSSY madde 7/4 ile düzenlenen bildirim yapılmadığı takdirde sigortacı aksini ispat etmekle yükümlü olacaktır⁵⁶.

Son olarak, ÖSSY madde 7/5 gereğince: *“Şirket, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene ve sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapar”*.

Sigorta ettirene ve sigortalıya yapılan bildirimler, sağlık sigortası sözleşmesinin kesintisiz şekilde devam ettirilmesini sağlamaya yöneliktir. Uygulamada ömür boyu yenileme garantisi, sigorta sözleşmesinin birkaç sene kesintisiz sürdürülmüş olmasına

⁵⁵ ÜNAN, s. 483.

⁵⁶ ÜNAN, s. 486.

bağlanmaktadır. Bu bakımdan, sigorta dönemi sona ermeden önce sigorta ettirene/sigortalıya, sona erme tarihinin ve dolayısıyla yeni dönem için sözleşme başvurusunda bulunmasının hatırlatılması önemli ve faydalıdır⁵⁷.

1.4. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesi ile İlgili Düzenlemeler

1.4.1. Türk hukukunda

1.4.1.1. Genel olarak

Özel sağlık sigortası sözleşmesine dair yasal düzenlemeye ilk defa TTK'nın 1511 ilâ 1519 maddelerinde, hastalık sigortaları ile aynı başlık altında yer verilmiştir. 6762 sayılı eTTK'da⁵⁸ sağlık sigortasına ilişkin özel bir düzenleme bulunmuyor ve sigorta hukuku kitabında yer alan genel hükümlerin; düzenleme bulunmayan hâllerde ise TBK hükümlerinin uygulanması söz konusu oluyordu.

TTK'nın 1519. maddesinin 2. fıkrasında, sağlık sigortasına uygulanacak diğer hükümler düzenleme altına alınmıştır. Buna göre, sağlık sigortası sözleşmesine, TTK madde 1511 ilâ 1519 arasındaki özel hükümlerin yanında; genel hükümler, zarar sigortalarına ilişkin hükümler ve sigortadan ayrılmaya ilişkin TTK madde 1500, sigortacı tarafından ödünç vermeye ilişkin TTK madde 1501 ve prim ödemedi muaf sigortaya ilişkin TTK madde 1502 uygulanmaktadır⁵⁹.

Ayrıca, özel sağlık sigortası sözleşmesine, sigorta hukuku kitabında düzenleme olmayan hâllerde öncelikle TTK'nın diğer kitapları, sonrasında ise TBK hükümleri uygulanır. Sigorta ettirenin aynı zamanda tüketici olması durumunda 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun⁶⁰ (TKHK) ve sigorta sözleşmelerine ilişkin hükümler içeren 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu⁶¹ (Sig. Kanunu) da özel sağlık sigortası sözleşmeleri bakımından uygulama alanı bulacaktır. Ayrıca, her özel sağlık sigortası sözleşmesinde ilgili genel şartlar ile tarafların kararlaştırdığı özel şartlar da uygulanmaktadır.

⁵⁷ ÜNAN, s. 487.

⁵⁸ RG. 09.07.1956, S. 9353.

⁵⁹ ÜNAN, s. 462.

⁶⁰ RG. 28.11.2013, S. 28835.

⁶¹ RG. 14.06.2007, S. 26552.

Özel sağlık sigortası sözleşmesi ayrıca, ÖSSY ile düzenlenmiştir. İlgili yönetmeliğin kapsamı, madde 2’de şu şekilde düzenlenmiştir: *“Bu Yönetmelik; bilgilendirme ve teklif, sözleşme türleri, ömür boyu yenileme garantisi, katılım sertifikası, plan değişikliği ve geçiş işlemleri, sözleşme iptali, sigorta süresinin sona ermesinden sonraki tedavilere ilişkin genel hükümler ile özel sağlık sigortası tarifiesi, sağlık konularında uzman kişi çalıştırma zorunluluğu ve aktüerya raporu, hizmet satın alma, sağlık bilgileri ve bilgilerin gizliliği, özel sağlık sigortalarında çalışma esasları ile tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünlerine ilişkin diğer hükümleri kapsamaktadır. Seyahat sağlık sigortası, bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır”*.

İlgili yönetmelikte, sağlık sigortası sözleşmesinin genel esaslarını ortaya koyan hukuki anlamda tatmin edici hükümlerden ziyade, sigorta şirketlerinin uygulamasına yönelik hükümler öngörülmüştür. Ancak bu düzenleme, sağlık sigortası bakımından özel bir yönetmelik olması yönüyle önem arz etmektedir.

TTK’da özel sağlık sigorta sözleşmesinin adı “sağlık sigortası” olarak yer alırken, ÖSSY’nin başlığında ve 1 ve 2. maddelerinde “özel sağlık sigortası” olarak ifade edilmiştir. Her ne kadar TTK’da bu şekilde düzenlenmese de özel sağlık sigortası kullanımı, bu sigortayı SSGSSK madde 60 ve devamında düzenlenen genel sağlık sigortasından ayırt etmek bakımından isabetli bir ifadedir⁶².

1.4.1.2. Türk Ticaret Kanunu’nun sigorta hukuku kitabındaki genel hükümler

Tüm sigorta sözleşmelerinde olduğu gibi, TTK’nın sigorta hukuku kitabında yer alan genel hükümler, özel sağlık sigortası sözleşmesine de uygulanmaktadır. Genel hükümlerin uygulanması bakımından zarar ya da can sigortası ayrımı yapılmamaktadır. Sigorta sözleşmesine ilişkin temel kavramlar, sözleşmenin kurulmasına ilişkin temel hükümler, tarafların borç ve yükümlülükleri ile sözleşmenin sona ermesine ilişkin hükümler, sağlık sigortası sözleşmesi bakımından esas alınmaktadır.

⁶² SÜZEL, s. 932.

1.4.1.3. Zarar sigortalarına ilişkin hükümler

TTK madde 1519/2’de yapılan atıf dolayısıyla zarar sigortası niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesine, TTK’daki zarar sigortasına ilişkin hükümler de kıyas yoluyla uygulanmaktadır.

Sağlık sigortası sözleşmesinde esasen, gerçek zararın karşılanması söz konusu olup, sigortalının hastalanması veya kaza sonucu yaralanması hâlinde tedavi giderlerinin ödenmesi yoluyla uğradığı zararın tazmin edilmesi amaçlanmaktadır. Bu şekilde, sigortacı tarafından sözleşmede belirtilen tutarın değil; sigorta ettiren veya sigortalının hastalanması veya kaza sonucu yaralanması hâlinde ihtiyaç duyduğu tedavi için harcanan tutarın ödenmesi söz konusudur.

Bu anlamda, özel sağlık sigortası sözleşmelerine zarar sigortalarına ilişkin; başkası lehine sigorta (TTK madde 1454), geçmişe etkili sigorta (TTK madde 1458), halefiyet (TTK madde 1472) hükümlerinin uygulanabileceğini söylemek mümkündür.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin aynı zamanda bir meblağ sigortası olarak düzenlenmesi hâlinde ise, TTK’nın zarar sigortalarına ilişkin bazı hükümleri uygulanamamaktadır. Bunlara örnek olarak; mal sigortalarına özgü olan hükümler ve sorumluluk sigortalarına ilişkin hükümler verilebilir. TTK’da, sağlık sigortasına meblağ sigortası niteliği kazandıran teminatlar bakımından, hangi hükümlerin uygulanacağına ilişkin açıklık bulunmamaktadır. Bu bakımdan meblağ sigortasına ilişkin hükümlerin, uygun düşükleri ölçüde sağlık sigortası bakımından da uygulanacağını söylemek mümkündür⁶³.

1.4.1.4. Hayat sigortalarına ilişkin hükümler

TTK madde 1519/2 atfı gereğince, hayat sigortalarına ilişkin sigortadan ayrılma (TTK madde 1500), ödünç verme (TTK madde 1501) ve prim ödemedi muaf sigorta (TTK madde 1502) hükümleri sağlık sigortası sözleşmesine kıyasen uygulanmaktadır.

⁶³ ÜNAN, s. 462, 463.

1.4.1.5. Türk Ticaret Kanunu’nun diğer kitaplarındaki genel hükümler

TTK madde 1451 hükmü gereğince: “*Bu Kanunda hüküm bulunmayan hâllerde sigorta sözleşmesi hakkında Türk Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır*”. İlgili düzenlemenin lâfzından anlaşıldığı üzere, sigorta sözleşmelerine öncelikle TTK’nın sigorta hukuku kitabında yer verilen hükümler, bu kitapta hüküm bulunmaması hâlinde ise TTK’nın diğer kitaplarında yer alan hükümler uygulanacaktır. Madde hükmünün gerekçesi uyarınca: “6762 sayılı TTK’nın 1264/1 düzenlemesinden farklı olarak bu kanunda sigorta sözleşmelerine uygulanacak hükümler yönünden Türk Borçlar Kanunu’nun önüne TTK’nın diğer kısımlarındaki hükümler getirilmiştir”⁶⁴. Bunun sebebi ise, sigortacılığın TTK çerçevesinde ticari bir iş sayılması ve sigorta bölümünde hüküm bulunmayan hâllerde uygulanması gereken hükümlerin öncelikle TTK’nın diğer hükümleri olması gerekliliğidir.

1.4.1.6. Türk Borçlar Kanunu’nun ilgili hükümleri

TTK madde 1451 uyarınca, sigorta sözleşmesi hakkında TTK’da düzenleme bulunmayan hâllerde TBK hükümleri uygulanacaktır. Bu durumda, TTK’nın sigorta hukuku kitabında ve sonrasında diğer kitaplarında hüküm bulunmayan hâllerde, TBK’nın ilgili hükümlerine başvurulacaktır. Bu bakımdan, TBK’nın genel işlem şartları, sözleşmelerin kurulması, temerrüt gibi konularda getirilen hükümleri, sigorta sözleşmelerine uygulanabilecektir.

1.4.1.7. Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’un ilgili hükümleri

Sigorta sözleşmelerinin, tüketici sıfatını haiz gerçek kişi ile kurulması hâlinde, bu sözleşmenin tüketici işlemi sayılacağı TKHK madde 3/1(l) hükmünde düzenleme altına alınmıştır. Buna göre, tüketici sıfatını haiz sigorta ettirenin, sigortacı ile bir sigorta sözleşmesi düzenlemesi hâlinde; bu bir tüketici işlemi sayılacak ve ilgili sözleşme, sigorta mevzuatının yanı sıra, tüketici hukuku mevzuatına da tabi olacaktır. TKHK’nın haksız şartlara ilişkin 5. maddesi, taksitle satış sözleşmesini düzenleyen 17. maddesi, işyeri dışında kurulan sözleşmeleri konu alan 47. maddesi, mesafeli sözleşmelerin yer aldığı 48. maddesi ve finansal hizmetlere ilişkin mesafeli sözleşmeleri düzenleyen 49. maddesi gibi düzenlemeler ile sigorta sözleşmesinin niteliğine uygun olan her türlü TKHK düzenlemesi

⁶⁴ Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 417.

ile ikincil mevzuat, sigorta tüketicisinin taraf olduğu her sigorta sözleşmesi bakımından uygulama alanı bulacaktır⁶⁵.

1.4.1.8. Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şartlar

Özel sağlık sigortası sözleşmesine ilişkin hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartlarında ve sigorta şirketlerince düzenlenen özel şartlarda düzenlenmektedir. Sigorta genel şartları, tek tek rizikolar ve sözleşmeler incelenmeksizin önceden belirlenen, ileride belirli bir sigorta dalında yapılacak tüm sözleşmelerin içeriğine dahil olmak üzere poliçelerde bulunan, genel olarak basılı ve yazılı olan kayıtlar olarak tanımlanmaktadır⁶⁶.

Sig. Kanunu madde 11/1 gereğince: “*Sigorta sözleşmelerinin ana muhtevası, Müsteşarlıkça onaylanan ve sigorta şirketlerince aynı şekilde uygulanacak olan genel şartlara uygun olarak düzenlenir. Ancak, sigorta sözleşmelerinde işin özelliğine uygun olarak özel şartlar tesis edilebilir. Bu hususlar, sigorta sözleşmesi üzerinde ve özel şartlar başlığı altında herhangi bir yanılgıya neden olmayacak şekilde açık olarak belirtilir*”. Buna göre, sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını teşkil eden Sağlık Sigortası Genel Şartları; bugünkü adıyla Hazine ve Maliye Bakanlığınca onaylanmakta ve Resmî Gazetede yayımlanmaktadır.

Sigorta genel şartlarının genel işlem şartı mahiyetinde olması bakımından bu şartların sigorta şirketleri tarafından hazırlanması gerekmektedir. Ancak ülkemizde söz konusu şartlar yönetsel denetime tabi tutulduğundan, nasıl olsa denetim makamının onayından geçecek düşüncesiyle, şartlar doğrudan Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenmektedir⁶⁷.

Sağlık Sigortası Genel Şartları, özel sağlık sigortası sözleşmesine eklenen standart şartlardır. Genel Şartlarda düzenlenen hükümler, kanunun emredici hükümlerinden sonra, ancak, yorumlayıcı yedek hukuk kuralı niteliğindeki hükümlerden önce gelmektedir⁶⁸. Sigorta genel şartlarının geçerlilik kazanabilmesi, bunların taraf iradesiyle sözleşmenin içeriğine dahil edilmesine bağlıdır. Sözleşme özgürlüğü sınırları içerisinde önceden ve tek

⁶⁵ AKGÜN, Evrim: Ferdi Kaza Sigortası Sözleşmesi, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2017, s. 40, 41. (*Kaza Sigortası*)

⁶⁶ BAHTİYAR, Mehmet: “*Sigorta Poliçesi Genel Koşulları*”, BATİDER, Y. 1997, C. XIX, S. 2, s. 93.

⁶⁷ BAHTİYAR, s. 101.

⁶⁸ KARA, Etem: “*Sigorta Genel Şartlarının Hukuki Niteliği*”, HKUHFD, Y. 2020, C. X, S. 19, s. 155.

yanlı olarak belirlenen bu şartlar, sigorta ettirenin imzası ile geçerlilik kazanmakta ve sözleşme kurulmaktadır⁶⁹.

Tüm sigorta şirketlerinin bu şartlara uyma zorunluluğu bulunmaktadır; aksi takdirde, sözleşme hükümlerinin geçersizliği söz konusu olabilecek ve Sig. Kanunu madde 34/2 (f) gereğince sigorta şirketine idari para cezası uygulanacaktır. Ayrıca Genel Şartların, Bakanlık tarafından onaylanmış olması hâlinde dahi, TTK madde 1452 ile gösterilen emredici hükümlere aykırı düzenlemeler içerdiği oranda uygulanması söz konusu olmayacaktır⁷⁰.

Sigorta özel şartları ise, sözleşmenin taraflarının karşılıklı iradeleri sonucu kararlaştırılan koşullardır⁷¹. Sig. Kanunu madde 11 düzenlemesine ek olarak, Genel Şartların 17. maddesinde de genel şartlara aykırı olmamak üzere sigorta poliçesine özel şartlar konulabileceği düzenlenmiştir. Özel şartlar, TTK madde 1452 gereğince emredici hükümlere aykırı olamaz.

Her ne kadar Sig. Kanunu madde 11/1 hükmünde, bu şartların “özel şartlar” olarak düzenlenebileceği belirtilmişse de, uygulamada bazen bu başlık altında düzenlenen şartların sigorta şirketince, sigorta ettirenle müzakere edilmeden, tek taraflı olarak sözleşmeye eklenmesi söz konusu olabilmektedir. Bu hâlde, her ne kadar ilgili şartlar sözleşmede “özel şart” olarak adlandırılmakta ise de niteliği itibarıyla genel işlem şartı mahiyetinde sayılmalıdır⁷².

1.4.2. Fransız hukukunda

1.4.2.1. Genel olarak

Fransız sağlık sistemi, kamu ve özel hizmet sağlayıcıları ile sigorta şirketleri tarafından desteklenmektedir. Hem çalışan hem de işveren katkıları ve tahsis edilen vergilerle finanse

⁶⁹ BAHTİYAR, s. 95, 96.

⁷⁰ KARA, s. 155.

⁷¹ KARA, s. 157.

⁷² MEMİŞ, Tekin: “*Sigorta Sözleşmelerinde Kullanılan Genel Şartların Yargısal Denetimi*”, Reasürör Dergisi, Y. 2005, S. 56, s. 6.

edilen sosyal sigorta zorunludur ve neredeyse tüm nüfusu kapsarken; özel sigorta, tamamlayıcı türde ve gönüllüdür⁷³.

Fransa’da özel sağlık sigortası, sosyal güvenlik sistemini destekleyici ve tamamlayıcı olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bu anlamda en yaygın özel sağlık sigortası sözleşmesi türü, tamamlayıcı sağlık sigortasıdır. Fransız sosyal güvenlik sisteminde sağlık masraflarının bir kısmının devlet tarafından karşılanmasına rağmen; bazı tedavilerde ek ücretler alınması ve sağlık hizmetlerinin tamamının sosyal güvence kapsamına alınmaması sebebiyle, kişiler tamamlayıcı sağlık sigortası sözleşmesi yapmayı tercih etmektedirler. Fransız sağlık sisteminde, kâr amacı gütmeyen sigorta şirketleri, emeklilik poliçelerini yöneten tasarruf sandıkları ve özel sigorta şirketleri tarafından tamamlayıcı sağlık sigortası sözleşmesi düzenlenebilmektedir⁷⁴. Fransa’da nüfusun büyük çoğunluğu (%96’sı), tamamlayıcı ihtiyari sağlık sigortasından faydalanmaktadır⁷⁵.

1.4.2.2. Fransız Sosyal Güvenlik Kanunu’nda

Genel sağlık sigortasına ilişkin kurallara, Fransız Sosyal Güvenlik Kanunu⁷⁶’nda yer verilmektedir. İlgili kanunda sosyal güvenlik sisteminin yanında, tamamlayıcı nitelikte sigorta sistemi öngörülmektedir. 1999 yılında Fransa’da “Evrensel Sağlık Sigortası” adı altında yürürlüğe giren düzenleme ile herhangi bir sağlık sigortasından yararlanmayanların, temel, zorunlu ve yasal bir sağlık sigortası planı kapsamında olması sağlanmıştır. Yasal düzenleme ayrıca düşük gelirli kişiler için ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamı sağlamaktadır⁷⁷. Anılan düzenleme Fransız Sosyal Güvenlik Kanunu’nun L861-1 ve L861-12 maddeleri arasında sağlıkta tamamlayıcı koruma sağlayan hükümler adı altında hâlen yürürlükte. İlgili düzenleme ile, hem ülke içinde hem de ülke dışında sağlık güvencesi sağlanmaktadır. Evrensel sağlık koruması, Fransa’da istikrarlı ve düzenli olarak ikamet eden

⁷³ CHEVREUL, Karine/ DURAND-ZALESKI, Isabelle/ BAHRAMI, Stéphane/ HERNÁNDEZ-QUEVEDO, Cristina/ MLADOVSKY, Philipa: “France, Health System Review, Health Systems in Transition”, WHO Publishing, Y. 2010, C. XII, S. 6, s. 23.

⁷⁴ BALKANLI, s. 50.

⁷⁵ OECD: “Health at a Glance: Europe 2012”, OECD Publishing, 2012, s. 118, [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264183896-en.pdf?expires=1639902435&id=id&accname=guest&checksum=AB7A77BAD92397064C0CC8F7C6522C66, (E.T.: 18.12.2021)]

⁷⁶ Bkz. Fransız Sosyal Güvenlik Kanunu, [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006141695/, (E.T.:18.12.2021)].

⁷⁷ MOSSIALOS, Elias/ THOMSON, Sarah: Voluntary Health Insurance in the European Union, WHO Publishing, Brussels 2002, s. 19.

ve zorunlu sağlık sigortası güvencesinden faydalanamayan kişilere sağlık sigortası haklarını kullandırmayı amaçlayan temel “Evrensel Sağlık Sigortası” tarafından 1999 yılında başlatılan mantığı devam ettirmektedir.

Fransa’da yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı sağlık sigortasının esasen sosyal güvenlik sisteminde sağlık hizmetlerinin yeterince karşılanmaması sebebiyle yaygınlaştığını söylemek mmkndr⁷⁸. Aynı zamanda, herhangi bir zorunlu sağlık sigorta güvencesinden faydalanamayanlar için tamamlayıcı sağlık sigortası, devlet tarafından teşvik edilmektedir. Ülkemizde ise tamamlayıcı sağlık sigortasından faydalanmanın ön koşulu, genel sağlık sigortası kapsamında olmaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası priminin bireysel sağlık sigortasına kıyasla düşük olduğu göz önüne alındığında, SGK kapsamında olmayan kişilerin sağlık güvencesinden faydalanabilmesi için ülkemizde de bu şekilde bir düzenleme yapılması kanımızca faydalı olacaktır.

1.4.2.3. Fransız Sigortalar Kanunu’nda

Özel sigorta sözleşmelerine ilişkin temel kurallar ise, Fransız Sigortalar Kanunu⁷⁹ ile düzenlenme altına alınmıştır. Kanunda zarar ve şahıs sigortaları ayırımına gidilmiş ve öncelikle her iki sigorta türüne uygulanan ortak hükümler düzenlenmiştir. Bunlar; genel hükümler, sözleşmenin kurulmasına ilişkin hükümler, sigortacı ve sigorta ettirenin yükümlülükleri ile zamanaşımına ilişkin hükümlerdir.

Fransız Sigortalar Kanunu’nda prim ve teminatların hesaplanmasında cinsiyetin bir faktör olarak dikkate alınmasına dayalı olarak, prim ve yardımlarda farklılıklara neden olan her türlü doğrudan veya dolaylı ayrımcılık yasaklanmıştır. Özel sağlık sigortası sözleşmesinin düzenlenmesi sırasında önem arz edebilecek bir başka durum olan hamilelik ve analık masrafları, primler ve teminatlar açısından kadınların aleyhine olacak şekilde dzenlenememektedir.

Ayrıca, organ, hücre veya gamet bağışının bir sigorta sözleşmesinin reddedilme faktörü olarak dikkate alınmasına veya bağışçıya ilişkin prim ve teminatların

⁷⁸ MOSSIALOS/THOMSON, s. 34.

⁷⁹ Bkz. Fransız Sigortalar Kanunu,

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073984/?isSuggest=true, (E.T.: 18.12.2021)].

hesaplanmasında farklılıklara neden olan doğrudan veya dolaylı ayrımcılık da Fransız Sigortalar Kanunu'nda yasaklanmıştır.

Anılan düzenlemeler ile Fransız hukukunda gerek kadınlar gerekse organ, hücre, gamet bağışında bulunan kişiler aleyhine olacak şekilde ayrımcılık yapılması kanunla yasaklanmıştır. Türk hukukunda da benzer düzenlemelere yer verilmesi kanun önünde eşitliğin sağlanması bakımından önem arz etmektedir.

1.5. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Hukuki Niteliği

1.5.1. Tam iki tarafa borç yükleyen bir sözleşme olması bakımından

Sözleşmenin iki tarafını borç altına sokan sözleşmeler; “tam iki tarafa borç yükleyen sözleşme” ve “eksik iki tarafa borç yükleyen sözleşme” olarak ikiye ayrılmaktadır. Tam iki tarafa borç yükleyen sözleşmelerde, taraflardan her birinin borcu diğer tarafın borcunun karşılığını oluşturur ve bir edim değişimi söz konusudur. Eksik iki tarafa borç yükleyen sözleşmelerde ise, bir taraf her zaman borç altına girerken; diğer taraf bazı şartların gerçekleşmesi hâlinde borç altına girmektedir⁸⁰.

TTK madde 1401/1’de sigorta sözleşmesi: “(...) sigortacının bir prim karşılığında, kişinin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan tehlikenin, rizikonun, meydana gelmesi hâlinde bunu tazmin etmeyi ya da bir veya birkaç kişinin hayat süreleri sebebiyle ya da hayatlarında gerçekleşen bazı olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya diğer edimlerde bulunmayı yükümlendiği sözleşme” olarak tanımlanmaktadır.

İlgili tanım, sözleşmenin hukuki niteliğini belirlemek bakımından eksik kalmaktadır. Bir sözleşmenin hukuki niteliğinin tespit edilmesinde, asli edim kavramının belirlenmesi önem arz etmektedir. Tüm sigorta sözleşmelerinde, sigorta ettirenin asli edim borcu prim ödemektedir. Buna karşılık, sigortacının asli edim borcunun sınırlarını belirlemek konusunda doktrinde farklı görüşler ileri sürülmüştür⁸¹.

Bir görüşe göre, sigorta sözleşmelerinde sigortacının edimini yerine getirmesi tehlikenin gerçekleşmesine bağlanmıştır, dolayısıyla karşılıklı edimlerin yerine

⁸⁰ OĞUZMAN/ÖZ, s. 264, 265.

⁸¹ KAYIHAN, Şaban / BAĞCI, Ömer: Türk Özel Sigorta Hukuku Dersleri, Umuttepe Yayınları, Kocaeli 2016, s. 114.

getirilmesinin belirsiz olması, sözleşmenin sinallagmatik olma niteliğini ortadan kaldırmamaktadır. Öyle ki, bu hâlde de borç doğmuştur; ancak, borcun ödenmesi kanuni bir şartın gerçekleşmesine bağlanmıştır⁸².

Bir başka görüşe göre ise, geciktirici şarta bağlanmış olan işlemlerde borç, şartın gerçekleşmesi ile doğmaktadır. Oysa, sigorta sözleşmesinde sigortacının asli borcu, sözleşmenin başından itibaren sigorta ettirene sigorta koruması sağlamak olduğundan borç, şarta bağlı değildir. Bu görüşe göre, sigorta koruması sağlama borcunun prim ödeme borcuna karşılık gelmesi ve sigorta sözleşmesi boyunca devam etmesi bakımından sigorta sözleşmesi, tam iki tarafa borç yükleyen sözleşmelerdendir⁸³.

Bir diğer görüş de sigorta sözleşmelerinde sigorta ettirenin prim ödeme borcunun karşılığının, sigortacının rizikoyu taşıma yükümlülüğü olduğunu ve bu bakımdan sigorta sözleşmesinin tam iki tarafa borç yükleyen bir sözleşme olduğunu ifade etmektedir⁸⁴.

Bizim görüşümüze göre de sigorta sözleşmesinde sigorta ettirenin ve sigortacının sözleşme süresi boyunca devam eden karşılıklı yükümlülükleri bulunmaktadır. Bu bakımdan, özel sağlık sigortası sözleşmesinin tam iki tarafa borç yükleyen bir sözleşme olduğunun kabulü gerekmektedir.

1.5.2. Sürekli edimli borç doğuran bir sözleşme olması bakımından

Borcun ifasının zaman birimiyle ölçülemeyecek bir an içinde gerçekleştiği hâllerde, ani edim söz konusu olur ve bu şekilde asli edimleri ani edim olan borç ilişkileri, ani edimli borç ilişkisi olarak adlandırılmaktadır. Borçlunun borcunu zaman içinde devamlı ve aralıksız şekilde ifa ettiği durumlarda ise, sürekli edim söz konusudur. Ayrıca, bir borç ilişkisinde asli borçlardan en az biri sürekli edimi gerektiriyorsa, o borç ilişkisi sürekli edimlidir. Borcun ifasının ani mi sürekli mi olduğu belirlenirken, borçlunun faaliyetlerinin değil, alacaklının edime olan menfaatinin gerçekleşmesinin bir an içinde mi olduğu, yoksa süreye mi yayıldığına bakılması gerekmektedir⁸⁵.

⁸² BOZER, Ali: Sigorta Hukuku Genel Hükümler-Bazı Sigorta Türleri, BTHAE Yayınları, Ankara 2009, s. 21, 22.

⁸³ KAYIHAN, Şaban: Sigorta Sözleşmesinde Prim Ödeme Borcu, Seçkin Yayınevi, Ankara 2004, s. 35, 36. (*Prim Ödeme Borcu*)

⁸⁴ KUBİLAY, s. 36.

⁸⁵ OĞUZMAN/ÖZ, s. 9, 10.

Sigorta sözleşmesinde, sigorta ettirenin prim ödeme borcu, sigortacının anlık nitelikteki tazminat ediminin bir karşılığı değildir. Burada sigortacının asli edimi, rizikoyu taşıma edimidir. Bu bakımdan sigortacının edimi süreklilik arz etmektedir. Ayrıca, sigorta ettirenin edimi de prim ödemekle sona ermemektedir. Sigorta ettirenin sözleşme süresi boyunca beyanda bulunma, rizikoyu ağırlaştırmama gibi yükümlülükleri bulunmaktadır⁸⁶. Bu sebeplerle, sigortacının ve sigorta ettirenin karşılıklı devamlılık gösteren edimleri göz önüne alındığında, özel sağlık sigortası sözleşmenin de sürekli edimli borç ilişkisi doğuran bir sözleşme olduğunu söylemek mümkündür.

1.5.3. İhtiyari bir sözleşme olması bakımından

Sağlık sigortası sözleşmesi, TBK madde 19 ve 20 hükümleri gereğince sözleşme özgürlüğü ilkesine tabidir. Bu sebeple, sağlık sigortası yaptırmak kural olarak ihtiyaridir. Türk Hukukunda, Sig. Kanunu madde 13/1 kapsamında özel sağlık sigortası, zorunlu sigortalar kapsamında değildir.

Ancak, Schengen Vizesi edinilmesine ilişkin hususları düzenleyen 810/2009 nolu AB Tüzüğü⁸⁷ madde 15 gereğince, Schengen vizesi başvurusunda bulunan kişilerin; tıbbi sebeplerle yurda iade edilme, acil tıbbi müdahale ve/veya hastanede acil müdahale veya ölüm hâlinde oluşacak masrafları için asgari 30.000 Euro sigorta bedelli sağlık sigortası düzenlenmesi zorunludur. Vize başvurusunda, sigorta sözleşmesinin teminatlarının kapsamı, tıbbi nedenle veya ölüm hâlinde yurda iade teminatlarının bulunup bulunmadığı incelenmektedir⁸⁸.

1.6. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Sigorta Sistemi İçerisindeki Yeri

Sağlık sigortası, TTK'da Sigorta Hukuku kitabının İkinci Kısım İkinci Bölümünde yer alan “Can Sigortaları” başlığı altında, madde 1511 ilâ 1519 arasında hastalık sigortaları ile aynı başlık altında hüküm altına alınmıştır. TTK madde 1511 düzenlemesi ile kanun koyucu, hastalık ve sağlık sigortası ayırımına gitmiştir. Madde gerekçesinde, “*hastalık ve sağlık sigortası olarak ifade edilmesinin sebebi, hastalık sigortasının bir meblağ sigortası*

⁸⁶ KAYIHAN/BAĞCI, s. 116.

⁸⁷ Regulation (EC) No 810/2009 of the European Parliament and of the Council of 13 July 2009 establishing a Community Code on Visas, Official Journal of the European Union, 15/9/2009, L: 243/1.

⁸⁸ SÜZEL, s. 936, 937.

olarak öngörülmesi, sağlık sigortasının ise esasen sağlık harcamalarının karşılanması amacıyla öngörülmesi” olarak açıklanmıştır. Sağlık sigortasında tedavi giderlerinin karşılanması ile malvarlığında meydana gelen azalma giderilmektedir. Bu bakımdan sağlık sigortasında lehtar tayini mümkün gözükmemektedir. Oysa hastalık sigortasında, sözleşmede teminat altına alınan hastalığın ortaya çıkması ile doğacak sigorta bedelinin lehtara da ödenmesi mümkündür⁸⁹.

Sağlık sigortası sözleşmesinde sağlanan teminatlar TTK madde 1513’te düzenleme altına alınmıştır. Buna göre, hastalık sonucunda ortaya çıkan muayene, tedavi, hastane ve bakım giderleri teminat altına alınmışsa, sağlık sigortası zarar sigortası niteliğindedir. Ancak, sigortalının hastalanması hâlinde iş görememe sebebiyle doğan kazanç kaybına ilişkin veya gündelik bakım parasına ilişkin teminat bedelinin ödeneceği düzenlenmişse, sağlık sigortası bir meblağ sigortası niteliğindedir.

Uygulamada ise sağlık sigortası sözleşmesi meblağ sigortasından çok zarar sigortası niteliğinde düzenlenmekte ve bu sigorta ile esasen tedavi giderlerinin karşılanması amaçlanmaktadır.

Doktrinde bir görüş, sağlık sigortası sözleşmesinin TTK düzeninde doğru bölümde hüküm altına alınmadığını, bu sözleşmenin bir pasif zarar sigortası olduğunu ve TTK İkinci Kısım Birinci Bölümde düzenlenen zarar sigortalarına ilişkin kısımda, bu sigorta sözleşmesine ilişkin kurallara yer verilmesinin isabetli olacağını ifade etmektedir⁹⁰. Bir başka görüş ise, özel sağlık sigortasına ilişkin TTK düzenlemesinin, bu sigortanın ülkemizdeki temel fonksiyonunun ne olduğunu ve hangi amaca hizmet ettiğini belirlemeden getirilmesi bakımından eleştirmiştir⁹¹. Biz de bu konuda CAN’ın görüşüne katılmaktayız. Sağlık sigortasına ilişkin hükümler uygulamayı göz önüne almadan düzenleme altına alınmış ve sağlık sigortasının bir meblağ sigortasından çok, zarar sigortası olduğu hususu gözden kaçırılmıştır.

⁸⁹ Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 455.

⁹⁰ CAN, Mertol: Türk Özel Sigorta Hukuku (Ders Kitabı), Cilt I, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu Hükümleri Dairesinde Hazırlanmış Yeni Bası, Adalet Yayınevi, Ankara 2018, s. 207.

⁹¹ ÜNAN, Samim: Türk Ticaret Kanunu Şerhi, Altıncı Kitap: Sigorta Hukuku, Cilt III, Sigorta Türlerine İlişkin Özel Hükümler, İkinci Bölüm: Can Sigortaları (Madde 1487-1520), On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2017, s. 390.

1.7. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Benzer Sözleşmelerle Karşılaştırılması

1.7.1. Özel sağlık sigortası sözleşmesi ve hastalık sigortası sözleşmesi

Hastalık sigortası, TTK'da “Can Sigortaları” başlığı altında madde 1511 ilâ 1519 arasında, sağlık sigortası ile birlikte düzenlenen bir sigorta türüdür. Hastalık sigortası teminatını düzenleyen TTK madde 1512 düzenlemesi gereğince: “*Sigortacı, hastalık sigortası ile sözleşmede öngörülen hastalıklardan birinin veya birkaçının, sözleşme süresi içinde gerçekleşmesi veya ortaya çıkması hâli için sigorta teminatı sağlar. Sözleşmede birden çok hastalık sigorta teminatına bağlanmışsa, hastalıklardan birinin gerçekleşmesi veya ortaya çıkması hâlinde bedel ödenir ve sözleşme sona erer. Teminatın, aksi kararlaştırılmamışsa, hastalıklardan sadece birinin gerçekleşmesi hâli için verildiği kabul edilir*”. Bu anlamda hastalık sigortası, bir meblağ sigortasıdır⁹².

Hastalık sigortası ile teminat altına alınan hastalıklar, yakalanılması hâlinde kısa süre sonra ölüme sebebiyet vermese bile, sürekli bakım ve tedaviyi gerektiren, bazen tamamen yatağa bağlı hâle getiren ve hayat kalitesini ortadan kaldıran nitelikte hastalıklardır. Nitekim, uygulamada da hastalık sigortaları; “Riskli Hastalıklar Sigortası”⁹³, “Kritik Hastalık Sigortası”, “Tehlikeli Hastalıklar Sigortası” gibi isimlerle ifade edilmektedir⁹⁴. Ayrıca, uygulamada hastalık sigortası, sağlık sigortası poliçesi kapsamında düzenlenebildiği gibi, ayrı bir hastalık sigortası poliçesi ile de düzenlenebilmektedir. Ancak bu sigorta da her hâlde Sağlık Sigortası Genel Şartlarına tâbidir.

Hastalık sigortası, sağlık sigortasında olduğu gibi, sigortalı lehine düzenlenebilmektedir (TTK madde 1511). Hastalık sigortası ile teminat altına alınan hastalığın gerçekleşmesi hâlinde, bunun bir zarara sebep olup olmadığına bakılmaksızın sözleşmede kararlaştırılan sigorta bedelinin ödenmesi söz konusudur. Sağlık sigortasında ise, hastalanma sonucunda ortaya çıkan tedavi giderlerinin ödenmesi yoluyla gerçek zararın karşılanması amaçlanmaktadır⁹⁵. Bu anlamda, hastalık sigortasında lehtar tayini mümkün olmakla birlikte (TTK madde 1511,1515); sağlık sigortasında lehtar tayin edilememektedir.

⁹² ÇEKER, s. 351.

⁹³ Bkz. Anadolu Sigorta Riskli Hastalıklar Poliçesi, [https://www.anadolusigorta.com.tr/i/content/29_1_SA629_Rsikli_Hastaliklar_Ozel_Sartlar.pdf, (E.T.: 30.04.2021)].

⁹⁴ CAN, s. 213.

⁹⁵ CAN, s. 215.

Hastalık sigortasında, sağlık sigortasında olduğu gibi, teminat altına alınan bedelin ödenebilmesi için hastalık rizikosunun gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu anlamda sözleşme konusu olan riziko, her iki sigorta sözleşmesinde de benzerlik göstermektedir.

Bu iki sigorta türüne TTK'da ortak olarak uygulanan özel düzenlemeler bulunmaktadır. Bunlar; bekleme süresine ilişkin TTK madde 1516 hükmü, yeni doğan bebeğin ve evlat edinilenin sigorta kapsamında olmasına ilişkin TTK madde 1517 hükmü, bilgi isteme hakkına ilişkin TTK madde 1518 hükmü olarak belirtilebilir.

Hastalık sigortasının meblağ sigortası niteliğinde olması itibariyle, sağlık sigortasına uygulanamayan hayat sigortalarına ilişkin hükümler (yanlış yaş beyanına ilişkin TTK madde 1497 ve sigorta ettirenin veya lehtarın sigortalıyı öldürmesine ilişkin TTK madde 1504 hariç), hastalık sigortasına uygulanabilmektedir (TTK madde 1519/1).

1.7.2. Özel sağlık sigortası sözleşmesi ve hayat sigortası sözleşmesi

Can sigortalarının bir türü olan hayat sigortası sözleşmesi, sigortacının prim karşılığında, sigorta ettirene veya onun tarafından gösterilecek bir kişiye, sigortalının ölümü veya sözleşmede belirlenen tarihte hayatta kalması şartı ile belirli bir meblağın ödenmesi borcunu üstlendiği sigortadır⁹⁶. Hayat sigortası, TTK madde 1487/1'de şu şekilde tanımlanmıştır: *“Hayat sigortası ile sigortacı, belli bir prim karşılığında, sigorta ettirene veya onun belirlediği kişiye, sigortalının ölümü veya hayatta kalması hâlinde, sigorta bedelini ödemeyi üstlenir”*.

Hayat sigortası sözleşmesi, ölüm veya yaşama ihtimaline karşı yapılmaktadır. Ölüm şartlı hayat sigortasında belirli bir süre kararlaştırılarak, o süre içerisinde sigortalının vefatı hâlinde, sigorta bedelinin ödenmesi söz konusu olmaktadır. Yaşama ihtimaline karşı yapılan hayat sigortasında ise, sigorta süresinin sonunda ödeme yapılması, sigortalının sözleşme sona erene kadar hayatta kalması ihtimaline karşı düzenlenmektedir⁹⁷.

Sağlık sigortası ile hayat sigortası sözleşmelerinin her ikisi de can sigortalarının birer türüdür ve sigortanın konusu şahıs varlığı üzerinde gerçekleşen rizikolardır. Ancak, gerçekleşmesi beklenen riziko olgusunun konusu her iki sözleşmede farklılık arz etmektedir. Hayat sigortası sözleşmesinde riziko, sigortalının ölüm veya yaşama ihtimalidir. Oysa,

⁹⁶ ULAŞ, s. 15.

⁹⁷ CAN, s. 173.

sağlık sigortasında, riziko, tedaviye veya bakıma ihtiyaç doğuran hastalık veya kaza sonucu yaralanma hâlinin gerçekleşmesidir.

Sağlık sigortası ve hayat sigortası sözleşmesi ile sağlanan teminatların hukuki niteliği de farklılık göstermektedir. Sağlık sigortası, tedavi ve bakım giderlerinin ödenmesi amacıyla düzenlendiğinde zarar sigortası niteliğinde; iş göremez hâle gelme sebebiyle gündelik iş görememe veya bakım parasının ödenmesi sebebiyle düzenlendiğinde meblağ sigortası niteliğindedir. Hayat sigortasında ise, her zaman sözleşmede belirlenen bedelin ödenmesi söz konusu olduğundan, bu sigorta her hâlde meblağ sigortası niteliğini haizdir. Bu anlamda hayat sigortasında lehtar atanması mümkün olmakla beraber, zarar sigortası niteliğinde sağlık sigortasında lehtar tayin edilememektedir.

TTK’da hayat sigortasına ilişkin düzenlenen hükümlerin birçoğu, sağlık sigortasına uygulanamamaktadır. Her iki sigorta türü de grup sigortası olarak düzenlenebilmekle beraber, TTK madde 1496’da düzenlenen grup hayat sigortasına ilişkin hüküm, sağlık sigortası sözleşmesinin zarar sigortası niteliğinde olması bakımından devre dışıdır⁹⁸. TTK madde 1519/2’de yapılan atıf dolayısıyla, hayat sigortalarına ilişkin yalnızca TTK madde 1500 ilâ 1502 hükümleri sağlık sigortası bakımından uygulanabilmektedir.

Teminat dışı kalan hâllerin kapsamı hususunda da her iki sigorta farklılık arz etmektedir. Hayat Sigortası Genel Şartlarının⁹⁹ A.3. maddesinde sınırlı sayıda belirtilen hâllerin, sigorta teminatı kapsamı dışında bırakılabileceği düzenlenmiştir. Ancak, Sağlık Sigortası Genel Şartlarının "Teminat Dışı Kalan Hâller" başlıklı 2. maddesinde sayılan hâllere ek olarak, poliçede sair teminat dışı kalan hâller belirlenebileceği ifade edilmiştir. Buna göre, sağlık sigortası sözleşmesinde, sözleşme özgürlüğü ilkesinin daha etkin şekilde uygulandığı söylenebilir.

1.7.3. Özel sağlık sigortası sözleşmesi ve kaza sigortası sözleşmesi

Kaza sigortası, sağlık sigortası gibi, TTK’da “Can Sigortaları” başlığı altında düzenlenen bir sigorta türüdür. Kaza sigortası, TTK madde 1507/1’in ilk cümlesinde: “*Kaza sigortası, belli bir prim karşılığında, sigortalının uğrayacağı kaza sonucu ölüm, geçici veya*

⁹⁸ ÜNAN, s. 503.

⁹⁹ Bkz. Hayat Sigortası Genel Şartları,

[https://tsb.org.tr/media/attachments/Hayat_Sigortalar%C4%B1_Genel_Sartlar%C4%B1.pdf, (E.T. 13.01.2022)].

sürekli engellilik ya da işgöremezlik hâlleri için sigorta teminatı sağlar” şeklinde tanımlanmaktadır. Buna göre kaza sigortasında; kaza sonucu ölüm, geçici veya sürekli maluliyet veya iş görememe hâllerine karşı teminat sağlanmaktadır.

İş görememe teminatı bakımından, kaza sigortası ile sağlık sigortası benzerlik göstermektedir. Ancak, kaza sigortasında bu teminatın güvence altına alınması TTK madde 1507/1’in emredici nitelikte olması sebebiyle zorunludur. Oysa, TTK madde 1513/2 hükmünün emredici nitelikte olmaması bakımından bu teminat, sağlık sigortasında zorunlu tutulmamaktadır¹⁰⁰. Ayrıca, kural olarak kaza sigortasında, iş görememe teminatı daha geniş kapsamlı olarak, tedavinin sürdüğü süre ile sınırlı olmaksızın sunulmaktadır. Oysa sağlık sigortasında, çalışma gücünden yoksun kalınan süre ile sınırlı olarak teminat sağlanmaktadır¹⁰¹. Bunun yanı sıra, kaza sigortasında düzenlenen ölüm, geçici ve sürekli maluliyet teminatları sağlık sigortası bakımından öngörülmemiştir.

Kaza sigortasına ilişkin TTK madde 1518 düzenlemesi gereğince: “*Sigortacı, aksi kararlaştırılmamışsa, poliçede yazılı bedelden başka, sigortalının yaptığı tedavi giderlerini de ödemekle yükümlüdür*”. Buna göre, kaza sigortasında, sağlık sigortasında olduğu gibi, kaza sonucu yaralanma sebebiyle ortaya çıkan tedavi giderlerinin sözleşme kapsamında teminat altına alınması mümkündür. Ancak, anılan hüküm emredici nitelikte olmayıp tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında kaldığı taraflarca kararlaştırılabilir.

Bu bakımdan, kaza sigortasında esasen sözleşmede kararlaştırılan sigorta bedelinin ödenmesi söz konusu olmakta; ancak taraflarca aksi kararlaştırılmadıkça, kaza sonucu yaralanma sebebiyle yapılan tedavi giderlerinin karşılanması da mümkün olmaktadır. Bu anlamda, kaza sigortası da sağlık sigortası gibi hem meblağ sigortası hem de zarar sigortası niteliğinde düzenlenebilmektedir.

Kaza sigortasında, sağlık sigortasından farklı olarak lehtar tayini mümkündür. Kaza sigortasının ağırlıklı olarak meblağ sigortası niteliğinde olması ve hayat sigortalarına ilişkin hükümlerin kaza sigortasına kıyas yoluyla uygulanabilmesi bakımından, bu sözleşmede sigorta ettirenin lehtar tayin etmesi mümkündür.

¹⁰⁰ AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 150.

¹⁰¹ ÜNAN, s. 429.

Kaza sigortasına ilişkin genel şartlar, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları¹⁰² ile düzenleme altına alınmış olup bu anlamda sözleşme, sağlık sigortası ile farklı genel şartlara tabidir.

¹⁰² Bkz. Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları,
[https://tsb.org.tr/media/attachments/Ferdi_Kaza_Sigortas%C4%B1_Genel_Sartlar%C4%B1.pdf, (E.T. 13.01.2022)].

İKİNCİ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN KURULMASI

2.1. Sözleşmenin Tarafları ve İlgililer

2.1.1. Sözleşmenin tarafları

2.1.1.1. Sigortacı

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin taraflarından biri sigortacıdır. Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik madde 4, (f) bendine göre, “*sigortacı belli bir prim karşılığında sigorta sözleşmesi ile risk üstlenen kişiyi*” ifade eder. Sigortacı Türkiye’de tescil edilmiş bir sigorta şirketi olabileceği gibi; yurt dışında tescil edilmiş bir sigorta şirketinin Türkiye’deki şubesi de olabilir. Sig. Kanunu madde 3/1 gereği: “*Türkiye’de faaliyet gösterecek sigorta şirketleri ile reasürans şirketlerinin anonim şirket veya kooperatif şeklinde kurulmuş olması şarttır*”¹⁰³.

Türkiye’de sağlık sigortası sözleşmesi yapmak isteyen bir sigorta şirketinin, öncelikle sağlık branşında çalışmak üzere ruhsat alması gerekmektedir. Sig. Kanunu madde 5/1 gereğince: “*Alınan ruhsatlar, ticaret siciline tescil ve Ticaret Sicil Gazetesi ile Türkiye çapında dağıtımı yapılan ve tiraj bakımından ilk on sırada yer alan günlük gazetelerden ikisinde ilan ettirilir*”. Dünya genelinde de çoğu ülke, sağlık sigortası lisansı olmayan kuruluşların, sağlık hizmetlerinin özel finansmanı riskini üstlenmelerine izin vermemektedir¹⁰⁴.

Sig. Kanunu madde 5/2 gereğince, sigorta şirketleri hayat ve hayat dışı sigorta gruplarının her ikisinde faaliyet gösterememektedir; bu gruplardan birinin faaliyet

¹⁰³ KAYIHAN/BAĞCI, s. 131.

¹⁰⁴ OECD: “*Private Health Insurance in OECD Countries*”, OECD Publishing, Paris 2004, s. 111, [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries_9789264007451-en#page1, (E.T.: 15.10.2021)]

göstermek üzere belirlenmesi gerekir. Bu gruplarda yer alan sigorta branşları, Hazine ve Maliye Bakanı tarafından belirlenmektedir.

Buna ilişkin olarak, Sigorta Branşlarına İlişkin Tebliğ¹⁰⁵ yayımlanmıştır. Tebliğ'in ekinde yer verilen sigorta branşlarında, sağlık branşı hem hayat dışı hem de hayat grubu altında düzenlenmiştir. Bu bakımdan sağlık, ortak branş olarak yer aldığından bugün Türkiye'de hayat ve hayat dışı grupta faal ve sağlık branşında ruhsatı bulunan sigorta şirketleri ile sağlık sigortası sözleşmesi kurulabilmektedir¹⁰⁶.

Ayrıca, Sig. Kanunu madde 15 düzenlemesine göre: “Türkiye’de yerleşik kişiler, Türkiye’deki sigortalananabilir menfaatlerini, Türkiye’de faaliyette bulunan sigorta şirketlerine ve Türkiye’de yaptırmak zorundadır”. Bu hükmün istisnaları 2. fıkrada düzenleme altına alınmış olup, bunlardan biri, kişinin Türkiye dışında bulunduğu süre için bu süre ile sınırlı olmak üzere veya geçici olarak yurt dışında kaldığı sırada, yurt dışında yaptırabileceği sağlık sigortasıdır.

Ruhsatsız şekilde sigorta sözleşmesi akdedilmesi ile ilgili olarak TTK madde 1401/2’de özel bir düzenleme bulunmaktadır. Buna göre: “Ruhsatsız bir şirket ile onun bu durumunu bilerek yapılan sigorta sözleşmeleri hakkında Türk Borçlar Kanununun 604 ve 605 inci maddeleri uygulanır. Türkiye’de yerleşik olmayan sigorta şirketleriyle kurulan sigorta sözleşmelerinde bu hüküm uygulanmaz”. Bu hüküm gereğince, sigorta şirketi tarafından ruhsat alınmadan sigortacılık faaliyetine başlanmış ve sigorta ettiren bu durumdan haberdarsa, bu sözleşmeler hakkında TBK’da düzenlenen kumar ve bahis hükümleri uygulanacaktır. Dolayısıyla, sigorta ettiren sözleşmeden doğan tazminat alacağı için, sigortacı da prim alacağı için dava açamayacak veya takip başlatamayacaktır¹⁰⁷.

2.1.1.2. Sigorta ettiren

Sigorta ettiren, sigorta sözleşmesini sigortacı ile akdeden ve sigorta sözleşmesine taraf olan kişidir. Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik madde 4, (e) bendi

¹⁰⁵ RG. 11.07.2007, S. 26579.

¹⁰⁶ SÜZEL, s. 939.

¹⁰⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 132.

gereğince, “sigorta ettiren, sigortacı ile sigorta sözleşmesi akdederek sigortalının menfaatini sigortacı nezdinde prim ödemek suretiyle teminat altına alan kişiyi” ifade eder.

Sigorta ettiren gerçek kişi veya tüzel kişi olabilir¹⁰⁸. Sözleşmeden doğan borçlar yalnızca sigorta ettirene aittir. Sözleşmeden doğan, sigortacının rizikoyu üstlenmesini isteme hakkı gibi haklar ise, kural olarak sigorta ettirene ait ise de bazı hâllerde farklı bir şahsa devredilebilir¹⁰⁹.

Sigorta ettirenin prim borcunu ifa etmek gibi sözleşmesel yükümlülükleri bulunmaktadır. Sigorta konusu menfaatin sahibi sigorta ettiren ise, sigorta teminatından da o faydalanacaktır. Ancak, sigorta konusu menfaatin sahibi üçüncü bir kişi ise, teminattan sigorta ettiren faydalanamaz. Sigorta teminatını talep etmek hakkı sigorta ettirende ise, sigorta ettiren ile sigortalı sıfatları aynı kişide toplanmaktadır. Ancak sigorta ettiren, başkasının bir menfaatini sigorta ettirerek sigortadan faydalanma hakkını bu kişiye vermiş ise, sigorta ettiren ile sigortalı farklı kişilerdir. Bu hâlde prim ödeme borcunu sigorta ettiren ifa eder; ancak, teminat altına alınan riziko gerçekleştiğinde, sigorta tazminatı sigortalıya ödenmektedir¹¹⁰. Bu bakımdan sigortalı, menfaati teminat altına alınan kişiyi ifade etmektedir.

2.1.2. Sözleşmenin ilgilileri

2.1.2.1. Sigortalı

2.1.2.1.1. Genel olarak

Sigortalı, zarar sigortalarında menfaati teminat altına alınan; can sigortalarında ise üzerinde riziko gerçekleşme ihtimali olan kişiyi ifade etmektedir. TTK madde 1511’de sağlık sigortasının sigortalı lehine yapılabileceği düzenleme altına alınmıştır. TTK’da düzenlenen sigortalı deyimiyle, riziko kişinin sağlık sorunları nedeniyle yapacağı giderlerin o kişi lehine teminat altına alınması öngörülmüştür. Bu durumda zarar sigortası

¹⁰⁸ KUBİLAY, s. 124.

¹⁰⁹ KENDER, Râgeyan: Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku, On İki Levha Yayıncılık, 12. Bası, İstanbul 2013, s. 210.

¹¹⁰ ÇEKER, s. 322, 323.

niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesine, başkası hesabına sigorta düzenlenmesine ilişkin TTK madde 1454 hükmünün uygulanacağı söylenebilir¹¹¹.

TTK madde 1454/1 hükmüne göre: “*Sigorta ettiren, üçüncü bir kişinin menfaatini, onun adını belirterek veya belirtmeyerek, sigorta ettirebilir. Sigorta sözleşmesinden doğan haklar sigortalıya aittir. Sigortalı, aksine sözleşme yoksa, sigorta tazminatının ödenmesini sigortacıdan isteyebilir ve onu dava edebilir*”. Özel sağlık sigorta sözleşmesinde sigorta ettiren ile sigortalının farklı kişiler olması hâlinde, anılan hüküm gereğince sigortalı sözleşmeden doğan haklardan faydalanır; tazminat ödenmesini talep edebileceği gibi, sigortacıyı da dava edebilir.

Sağlık sigortası sözleşmesinde sigortalı olabilmek için, kişinin kendi adına sigorta yaptırmış olması ya da onun menfaatine başka bir kişi tarafından sigorta yaptırılmış olması gerekmektedir. Bununla birlikte, doğum anında veya evlat edinme anında ana veya babadan birisi için devam eden bir sağlık sigortası mevcut ise, sözleşmede aksi kararlaştırılmamışsa, yeni doğan çocuk veya evlat edinilen küçük, kendiliğinden sigortalı olur ve sigorta korumasından faydalanır. Ancak doğumun veya evlat edinmenin, iki ay içerisinde sigortacıya bildirilmesi gerekmektedir (TTK madde 1517)¹¹². Şayet bu bildirim iki ay içerisinde yerine getirilmezse, sigortacının yeni doğan veya evlat edinilen çocuk için sigorta koruması sağlama borcu sona ermektedir¹¹³.

2.1.2.1.2. Temsilen yapılan sigortada sigortalı

Sigorta sözleşmelerinin, temsilci vasıtasıyla yapılabileceğini düzenleyen TTK madde 1406/1 hükmü gereğince: “*Bir kişi, diğer bir kişinin adına onu temsilen sigorta sözleşmesi yapabilir; temsilci yetkisiz ise ilk sigorta döneminin primlerinden sorumlu olur*”. Buna göre sağlık sigortası sözleşmesi, yetkili bir temsilci tarafından yapılabileceği gibi; yetkisiz temsilci vasıtasıyla da yapılabilir.

¹¹¹ ÜNAN, s. 393.

¹¹² CAN, s. 207.

¹¹³ ÜNAN, s. 454.

2.1.2.1.2.1. Yetkili temsilci tarafından yapılan sözleşme

Geçerli bir temsil ilişkisine dayanılarak yapılan sigorta sözleşmesinde, sözleşme temsilci ile sigortacı arasında kurulmaktadır. Temsilci tarafından yapılan hukuki işlemlerden doğan hak ve borçlar, temsil olunan kişiye aittir. Burada doğrudan temsil ilişkisi söz konusu olmaktadır¹¹⁴.

Temsil yetkisinin verilmesi kural olarak herhangi bir şekle bağlı olmayıp, yazılı veya sözlü olarak verilebilir. Temsilci, sigorta ettiren nam ve hesabına sözleşme düzenlerken sigorta ettirenin talimatlarına uymak zorundadır. Sigorta ettiren tarafından talimat verilmemişse TTK madde 1407 gereğince temsilcinin, sözleşmenin yapıldığı yerdeki mutat şartlara göre sözleşmeyi yapması gerekecektir¹¹⁵.

2.1.2.1.2.2. Yetkisiz temsilci tarafından yapılan sözleşme

Temsil yetkisi olmayan bir kişi tarafından sözleşme düzenlenmesi hâlinde, TTK madde 1406/2 gereğince, temsil olunanın sözleşmeye sonradan icazet verebilmesi mümkündür. Bu icazet, rizikonun gerçekleşmesinden önce veya sonra verilebilir. İlgili düzenlemede, geçmişe etkili sigortaya ilişkin TTK madde 1458 hükmü saklı tutulmuştur. Buna göre, temsil olunan, rizikonun gerçekleştiğini icazet vermeden öğrenmişse, verilen bu icazet geçerli olmayacak ve geçerli bir sözleşme kurulmamış olacaktır¹¹⁶.

Şayet temsil olunan herhangi bir icazet vermezse, bu hâlde yetkisiz temsil söz konusu olmaktadır. Bu durumda, TTK madde 1406/3 gereğince, yetkisiz temsilci tarafından yapılan sözleşmede temsilcinin menfaati varsa, sözleşme temsilci adına yapılmış sayılacaktır. Yetkisiz temsilcinin sözleşmenin yapılmasında bir menfaati yoksa, sözleşme kurulmamış olacaktır. Ayrıca, yetkisiz temsil hâlinde, TTK madde 1406/1 uyarınca temsilci, ilk sigorta döneminin priminden sorumlu olmaktadır¹¹⁷.

¹¹⁴ AYHAN, Rıza/ÇAĞLAR, Hayrettin/ ÖZDAMAR, Mehmet: Sigorta Hukuku Ders Kitabı, 5. Bası, Yetkin Yayınevi, Ankara 2021, s. 144.

¹¹⁵ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 144.

¹¹⁶ KAYIHAN/BAĞCI, s. 135.

¹¹⁷ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 145.

2.1.2.2. Lehtar tayini sorunsalı

Sigorta edilen riziko gerçekleştiğinde, sigorta bedelini talep etme hakkını haiz olan ve lehine sigorta sözleşmesi yapılan kişi, lehtar olarak adlandırılmaktadır¹¹⁸. Lehtar tayini, riziko şahsının ölümüne bağlı olarak yapılan hayat sigortalarında mümkün olduğu gibi (TTK madde 1493); meblağ sigortası niteliğindeki hastalık sigortasında da mümkündür (TTK madde 1511).

Sağlık sigortası bakımından ise lehtar atanması hususunda TTK'da bir düzenleme bulunmamaktadır. Hastalık ve sağlık sigortası başlıklı TTK madde 1511 düzenlemesinde yalnızca hastalık sigortası bakımından lehtar atanabileceği hüküm altına alınmıştır. Zarar sigortası niteliği taşıyan sağlık sigortası sözleşmesinde lehtar atanmasının söz konusu olamayacağı ve teminatlardan yalnızca sigorta ettiren veya sigortalının yararlanabileceği şüphesizdir¹¹⁹. Bu husus TTK madde 1511 gerekçesinde de tedavi giderlerinin karşılanmasındaki amacın, bu giderler sebebiyle kişinin malvarlığında ortaya çıkan azalmanın karşılanması olması bakımından sağlık sigortasında sigortalıdan başkasının lehtar olarak gösterilmesinin uygun olmayacağı, şeklinde ifade edilmiştir. Ancak, meblağ sigortası niteliğindeki sağlık sigortasında, lehtar tayininin mümkün olup olmayacağı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Doktrinde bir görüş, meblağ sigortası niteliğindeki sağlık sigortası teminatları bakımından lehtar atanmasının mümkün olmadığını ifade etmektedir. Bu görüşe göre, TTK madde 1511 düzenlemesinden dolayı olarak lehtar atama olanağının bulunmadığı anlaşılmakta ve ayrıca kaza sigortasına ilişkin TTK madde 1507/1 hükmünden de bu anlam çıkarılmaktadır. TTK madde 1507/1 hükmüne göre, riziko kişinin hayatta olduğu hâlde sakatlık veya iş görememe teminatları kapsamında yapılacak ödemenin sigortalıya yapılması zorunludur ve bu hüküm emredici niteliktedir¹²⁰. Yine bir başka görüş, meblağ sigortası niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesi teminatları için bir üçüncü kişinin lehtar olarak atanmasının mümkün olmadığını ifade etmektedir¹²¹. Kanımızca da, lehtar kavramının düzenlenme amacı dikkate alındığında, meblağ sigortası niteliğindeki sağlık sigortası

¹¹⁸ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 357.

¹¹⁹ ÜNAN, s. 394.

¹²⁰ ÜNAN, s. 394; AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 57.

¹²¹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 390.

teminatları bakımından lehtar tayininin mümkün olmaması sözleşmenin amacına daha uygun düşmektedir.

2.2. Sözleşmenin Kurulması

2.2.1. İrade açıklamaları

Özel sağlık sigortası sözleşmesi, TBK madde 1 gereğince tarafların karşılıklı ve birbirine uygun irade beyanıyla kurulmaktadır. TBK madde 2 gereğince ise, sözleşmenin kurulması için tarafların irade beyanlarının sözleşmenin tüm esaslı unsurları üzerinde uyuşması gerekmektedir¹²².

2.2.1.1. Öneri

Öneri, sözleşme kurmak amacıyla, bir kişinin teklifini içeren karşı tarafa yöneltilen irade beyanıdır. Öneri zaman itibarıyla önce yapılan, sözleşmenin esaslı unsurlarını içeren, tek taraflı ve yöneltilmesi gereken bir irade beyanıdır¹²³.

Sigorta sözleşmesinin kurulması için öneri, genellikle sigorta ettiren tarafından yapılır ve sigortacının da bunu kabul ettiği an, sözleşme kurulmuş olur¹²⁴. Tarafların sözleşmenin esaslı unsurları olan menfaat, riziko, sigorta bedeli ve prim konularında anlaşmaları, sözleşmenin kurulması için bir gerekliliktir¹²⁵. Öneri, sigorta sözleşmelerinin kurulması bakımından herhangi bir şekil şartına tabi kılınmamıştır. Öneri kavramına ilişkin olarak, sigorta sözleşmelerine esasen TBK hükümleri uygulanmaktadır¹²⁶.

Uygulamada, bazı sigorta türleri bakımından sigortacı tarafından sigorta ettirene soru listesi içeren bir teklifname verilmektedir. Bu teklifname, öneriye davet niteliğindedir. Sigorta ettiren tarafından doldurularak verilen bu belge ise, sözleşmenin kurulması için öneri mahiyetindedir¹²⁷.

¹²² KAYIHAN/BAĞCI, s. 117.

¹²³ OĞUZMAN/ÖZ, s. 45, 46.

¹²⁴ ARSEVEN, s. 94.

¹²⁵ KAYIHAN/BAĞCI, s. 117.

¹²⁶ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 175.

¹²⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 118.

2.2.1.2. Kabul

Kabul; yapılan öneriye karşılık muhatap tarafından önerene yöneltilen, öneriye uygun olarak sözleşmenin kurulmasını sağlayan, tek taraflı bir irade beyanı olarak tanımlanmaktadır¹²⁸.

Sigorta sözleşmesinin kurulabilmesi için sigortacının öneriye uygun şekilde kabul beyanında bulunması gerekmektedir. Kabul beyanı da öneri gibi, herhangi bir şekil şartına tabi kılınmamıştır. Öneride bulunanın, kanun ya da işin niteliği gereği açık bir kabul beklemesi gerekmiyorsa, öneri uygun bir sürede reddedilmediği takdirde, sözleşme kurulmuş sayılmaktadır (TBK madde 6)¹²⁹. Sigortacının, öneriyi yazılı olarak kabul etmesi veya prim tahsil etmek ya da poliçe göndermek şeklinde zımnen kabul beyanında bulunması yoluyla da sözleşme kurulmuş olmaktadır¹³⁰.

Sigortacının kendisine yapılan öneriye cevap vermemesi hâlinde ne olacağı hususunda ise, TTK madde 1405/1’te özel bir düzenlemeye yer verilmiştir. Buna göre: *“Sigortacı ile sigorta sözleşmesi yapmak isteyen kişinin, sözleşmenin yapılması için verdiği teklifname, teklifname tarihinden itibaren otuz gün içinde reddedilmemişse sigorta sözleşmesi kurulmuş sayılır”*.

İlgili hükümde düzenlenen susma yoluyla sözleşmenin kurulması hâli, yalnızca sigorta ettirenden gelen yazılı teklifler için geçerli olmaktadır. Bu hüküm, ilk olarak Sig. Kanunu madde 11/2’de yalnızca hayat sigortaları bakımından düzenlenmiş, daha sonra ise TTK’da, tüm sigorta sözleşmeleri için uygulanacak genel bir hüküm hâline getirilmiştir¹³¹.

2.2.2. Özel sağlık sigortası sözleşmesinin kurulduğu an

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin kurulmasına ilişkin olarak özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu anlamda genel hüküm niteliğindeki TTK madde 1405 hükmü ve TBK’nin sözleşmenin kurulmasına ilişkin hükümleri, özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından uygulanmaktadır.

¹²⁸ OĞUZMAN/ÖZ, s. 57.

¹²⁹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 176.

¹³⁰ KAYIHAN/BAĞCI, s. 118.

¹³¹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 118.

Özel sağlık sigortası sözleşmesi, diğer sigorta sözleşmelerinde olduğu gibi, yapılan önerinin kabul edilmesiyle kurulmaktadır. Eğer sözleşme hazırlar arasında akdedilecekse, öneri karşısında yapılacak kabul beyanının derhâl yapılması gerekmektedir. Telefon, bilgisayar gibi iletişim araçlarıyla doğrudan iletişim sırasında yapılan öneri, hazır olanlar arasında yapılmış gibi sayılmaktadır. Hazır olmayanlar arasında kurulacak bir sigorta sözleşmesinde ise, sözleşmenin kurulma anı, kabul beyanının öneri sahibine ulaşma anı olarak kabul edilmektedir.

Uygulamada, sağlık sigortası sözleşmesinin kurulması için sigorta ettirenin sigortacıya başvurmasının akabinde, sigortacının sigorta ettirene bir soru listesi vermesi ve sigorta ettiren tarafından bu listenin doldurularak teslimi sonucunda sigortacının risk analizi yaparak öncelikle prim tutarını ve teminatın kapsamını belirlemesi söz konusu olmaktadır. Akabinde nihai teklifname sigorta ettirene sunulmakta ve bunun sigorta ettiren tarafından kabulü hâlinde, tarafların karşılıklı birbirine uygun irade beyanlarıyla sözleşme kurulabilmektedir.

2.3. Sözleşmenin Unsurları

2.3.1. Menfaat

TTK madde 1401’de sigorta sözleşmesi, *“sigortacının bir prim karşılığında, kişinin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan tehlikenin, rizikonun, meydana gelmesi hâlinde bunu tazmin etmeyi ya da bir veya birkaç kişinin hayat süreleri sebebiyle ya da hayatlarında gerçekleşen bazı olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya diğer edimlerde bulunmayı yükümlendiği sözleşme”* olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık sigortası, can ve mal sigortalarının özelliklerine sahip karma nitelikte bir sigorta sözleşmesidir¹³². Sağlık sigortası, hastalık veya kaza rizikolarının insan bedeninde neden olduğu maddi hasar ve kayıpları ve bunların ekonomik neticelerini gidermek amacıyla düzenlenmiş olması sebebiyle can sigortaları içerisinde yer almaktadır. Sağlık sigortası kural olarak bir can sigortası ise de sunduğu tedavi ve ilaç masrafları teminatı açısından zarar sigortası ilkelerine tâbi olduğundan zarar sigortası anlamında bir menfaatin varlığını aramak

¹³² ULAŞ, s. 201.

mümkündür¹³³. Bu bakımdan, tedavi masrafları kapsamında sigortacı, sigortalının haklarına halef olmaktadır. Zarar sigortalarında, TTK madde 1472 gereğince sigortacının ödediği tazminat tutarı kadar zarara sebep olan sorumlulara rücu edebileceği düzenlenmiştir¹³⁴. Sağlık sigortası bakımından da sigortacı, halefiyete ilişkin hükümden kıyas yoluyla yararlanabilmelidir¹³⁵.

Nitekim, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 11’de de sigortacının ödediği tazminat tutarı kadar sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dâhil; tüm haklarına halef olacağı ve yükümlülere karşı ödediği tazminata ilişkin olarak rücu hakkını kullanabileceği düzenleme altına alınmıştır. CAN’a göre, Genel Şartlar madde 11 düzenlemesi ile sigortacılar, abartılı şekilde korumaya alınmış olup bu hüküm sosyal devlet ilkesini zedeleyici niteliktedir. Ayrıca, SSGSSK madde 98 gereğince, böyle bir düzenlemenin hüküm ifade edebilmesi için SGK’nın uygun görüşünün alınması ve kamu otoritesinin sosyal devlet ilkesinin sınırlarını dikkate alarak böyle bir düzenlemeye rıza göstermemesi gerektiği CAN tarafından ifade edilmektedir¹³⁶.

Sağlık ile hastane giderlerine ilişkin tedavi giderleri bakımından sigortalının sarf ettiği gerçek bedelin ödenmesi gerekir ve tedavi giderlerinin karşılanması bakımından sigorta tazminatı prensipleri uygulanır. Ancak, hastalık veya kaza sonucu yaralanma hâli sigortalının çalışma gücünü de etkilemişse bu defa sigortacı iş görememe teminatını bir meblağ sigortası olarak karşılar ve zararın olup olmadığı önem arz etmeksizin can sigortası hükümleri uygulanır¹³⁷. Can sigortaları bakımından, sigortacının halefiyet ilkesi uygulanmamaktadır.

2.3.2. Riziko ve kapsamı

Riziko, sigorta sözleşmesinin temel unsurlarındandır. Bu sözleşme, sigortalının menfaatine zarar verebilecek rizikolara karşı yapılır¹³⁸. İnsan hayatına karşı rizikoları

¹³³ KARABIYIK, s. 25.

¹³⁴ KARAUZ, Agah Kürşat/ CENKÇİ, Esra: “*Türk ve İsviçre Hukukunda Özel Sağlık Sigortası Genel Şartları Bakımından Tarafların Yükümlülükleri*”, *AkdÜHFD*, Y. 2014, C. IV, S. 2, s. 144.

¹³⁵ ÜNAN, s. 462, 463.

¹³⁶ CAN, s. 211.

¹³⁷ ULAŞ, s. 201.

¹³⁸ ÇEKER, s. 67.

teminat altına alan sigorta türüne, genel olarak can sigortası adı verilmektedir¹³⁹. TTK’da can sigortaları başlığı altında düzenlenen sağlık sigorta sözleşmesi de hastalık veya kaza sonucu yaralanma rizikolarına karşı yapılmakta ve bu rizikoların meydana gelmesi hâlinde ortaya çıkacak sağlık giderleri için sigorta şirketince teminat verilmektedir.

2.3.2.1. Hastalık rizikosu

Hastalık, bedensel veya ruhsal işlevlerin tamamen önemsiz denemeyecek kadar devre dışı kalmasına sebep olan, hekim kararıyla tespit edilen, olağan dışı beden veya ruh durumudur¹⁴⁰. Sağlık Sigortası Genel Şartları kapsamında teminat altına alınan hastalık rizikosu ise kişinin kendinden kaynaklanan ya da bulaşıcı hastalık sebebiyle yakalandığı hastalığı ifade etmektedir.

2.3.2.2. Kaza sonucu yaralanma rizikosu

Kaza kavramı TTK’da tanımlanmamış olmakla beraber, sigortanın niteliğinin kavranabilmesi için öncelikle bu kavramın açıklanması önemlidir. Doktrinde kaza, insanın bedeni üzerinde, dışarıdan ansızın, şiddetli ve bilinçsiz bir şekilde oluşan olay nedeniyle aksaklık meydana gelmesi durumu şeklinde tanımlanmaktadır¹⁴¹. Bu tanım, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları madde 2’de¹⁴² de benzerdir. Buna göre: “*Bu poliçedeki Kaza tabirinden maksat ani ve harici bir hadisenin tesiri ile sigortalının iradesi dışında ölmesi veya cismani bir arızaya maruz kalmasıdır*”.

Kaza sonucu yaralanma rizikosu kural olarak kaza sigortasının güvencesi altındadır. Kaza sigortasını düzenleyen TTK madde 1507/1 hükmüne göre: “*Kaza sigortası, belli bir prim karşılığında, sigortalının uğrayacağı kaza sonucu ölüm, geçici veya sürekli engellilik ya da işgöremezlik hâlleri için sigorta teminatı sağlar. Ölüm, ani olarak veya kaza tarihinden itibaren en çok bir yıl içinde gerçekleşmiş ise sigorta bedeli sigorta ettirene yahut*

¹³⁹ ULAŞ, Işıl: Uygulamalı Sigorta Hukuku, Mal ve Sorumluluk Sigortaları, Güncellenmiş 2. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara 1998, s. 7. (*Mal ve Sorumluluk*)

¹⁴⁰ ÜNAN, s. 401.

¹⁴¹ ULAŞ, s.170; BOZER, s. 223.

¹⁴² Bkz. Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları,

[https://tsb.org.tr/media/attachments/Ferdi_Kaza_Sigortas%C4%B1_Genel_Sartlar%C4%B1.pdf, (E.T.: 15.06.2021)].

onun tarafından belirlenmiş kişiye; geçici ve sürekli engellilik veya işgöremezlik hâllerinde ise sigortalıya ödenir”.

Buna karşılık, sağlık sigortası ile kişi hem hastalık hem de kaza sonucu yaralanma hâlinde ortaya çıkabilecek giderlerin teminat altına alınmasını sağlayabilir¹⁴³. Ayrıca, kaza sigortasında riziko gerçekleştiğinde yalnızca bir meblağ ödenmesi söz konusu olurken; sağlık sigortasında, hem iş görememe sebebiyle doğan kazanç kaybına ilişkin bir meblağın ödenmesi, hem de sağlık gideri masraflarının ödenmesi teminat olarak kararlaştırılabilir.

2.3.3. Teminatlar ve kapsamı

Sağlık sigortası teminatları TTK ile düzenleme altına alınmıştır. TTK madde 1513/1 gereğince;

“(1) Sağlık sigortası ile sigortacı;

- a) Hastalık sonucu gerekli hâle gelen ilaç dâhil, her türlü tıbbi bakım, gebelik ve doğum, hastalıkların erken tanısına yönelik, ayaktaki incelemeler de içinde olmak üzere, sözleşmede kararlaştırılan giderleri,*
- b) Tedavinin tıbben yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda günlük hastane giderleri,*
- c) Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası,*
- d) Sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası, için teminat verir.*

(2) Teminat, aksi kararlaştırılmamışsa, birinci fıkradaki tutarların tümünü kapsar”.

Kanunun lâfzından da anlaşıldığı üzere, TTK madde 1513 hükmü emredici değildir ve taraflar, bu teminatları kapsam dışında tutarak da anlaşma yapabilir¹⁴⁴.

Sağlık Sigortası Genel Şartlarında ise, 1. maddede teminatın kapsamı düzenlenmiştir. Buna göre, sigortalıların sigorta sözleşmesi süresi içerisinde, genel şartlar ve özel şartlar çerçevesinde, hastalanma ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sonucunda

¹⁴³ ULAŞ, s. 201.

¹⁴⁴ ÜNAN, s. 404.

tedavileri için gereken giderleri ve gerekirse gündelik tazminatları, sigorta poliçesi teminatı kapsamındadır.

Sigorta hukuku bakımından tedavi kavramı; hekimin, hastalıklardan veya kazadan kaynaklanan sağlık sorunlarına tanı koymasını veya iyileştirmesini sağlayan tıbbi girişimleri ifade etmektedir¹⁴⁵. Tedavi giderleri teminatında; riziko şahsının, sigorta koruması kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle sağlığında oluşan sorunların iyileştirilmesi için yapılan masrafların, sigortacı tarafından karşılanması söz konusudur¹⁴⁶.

TTK madde 1513'te, sağlık sigortası teminatları bakımından dar kapsamlı ve eksik bir düzenleme getirilmiştir. Kaza sonucu yaralanma hâlinde tedavi ihtiyacının ortaya çıkması durumu, sağlık sigortası teminatları kapsamında sayılmamıştır. Ancak düzenleme emredici nitelikte olmadığından, tarafların sözleşmede kaza sonucu yaralanma rizikosuna karşı da teminat belirlemeleri mümkündür¹⁴⁷.

2.3.3.1. TTK uyarınca teminatın kapsamı

2.3.3.1.1. Sağlık giderleri teminatı

Kaza veya hastalığın sebep olduğu yaralanma veya hasta olma durumunda, sağlık sigortasının sunduğu ana teminatlardan biri, TTK madde 1513/1(a) gereğince sağlık giderleri teminatıdır. Buna göre; hastalık sonucu kullanılması gereken ilaç ile tıbbi bakım, gebelik ve doğum, hastalıkların erken tanısına yönelik masraflar ile ayakta yapılan muayeneler de dâhil olmak üzere, sözleşmede belirlenen giderler sigortacı tarafından karşılanmak durumundadır.

Sağlık giderleri teminatı açısından sağlık sigortası, bir pasif zarar sigortasıdır¹⁴⁸. Burada sigorta ettirenin malvarlığının tümünü etkileyen bir parasal yükün sigortacıya aktarılması söz konusu olmaktadır¹⁴⁹.

¹⁴⁵ ÜNAN, s. 415.

¹⁴⁶ ULAŞ, s. 186.

¹⁴⁷ ÜNAN, s. 410.

¹⁴⁸ CAN, s. 207.

¹⁴⁹ ÜNAN, s. 405.

Bu teminatın kapsamında belirtilen gebelik ve doğum, hastalık olmadığından bunlara ilişkin yapılacak giderler, tedavi gideri niteliğinde değildir. Bu nedenle kanun koyucu, gebelik ve doğum giderlerini ayrıca belirtmiştir. Hastalıklara erken tanı konulması için yapılacak incelemeler de tedavi giderlerinden bağımsız olarak yapılması gereken harcamalardandır. Bunlar haricinde sigortacı, TTK’da belirtilenler dışındaki harcamaları da özel şartlarla teminat kapsamına alabilir¹⁵⁰.

Özel şartlarda teminatın kapsamı genişletilebileceği gibi kapsamın daraltılması da mümkündür. Ancak elbette, düzenlenecek özel şartlar emredici hükümlere ve genel şartlara aykırı olamaz. Uygulamada özel şartların geniş kapsamlı olarak düzenlendiği görülmektedir. Örneğin; refakatçi giderleri, ilaç temini için yapılacak giderler ya da check up teminatı gibi teminatlar poliçe kapsamına dâhil edilebilmektedir¹⁵¹.

Hastalık veya kaza sonucu yaralanma hâlinde, sigortalının tedavisi için ödemek zorunda kalacağı masraflar; özel şartlarda, ayakta tedavi ve yatarak tedavi teminatları kapsamında karşılanmaktadır. Ayakta tedavi teminatları; muayene, ilaç, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi, 0-6 yaş arasındaki çocuk aşılarından oluşmaktadır. Tetkik amacıyla, özel sağlık kuruluşuna yatış sırasında yapılan muayene ve teşhis koymaya ilişkin işlemler bu teminattan karşılanır. Yatarak tedavi ise, sigortalının ameliyat olmasını gerektiren hastaneye yatış masraflarını kapsamaktadır¹⁵².

2.3.3.1.2. Gündelik hastane teminatı

TTK madde 1513/1(b) gereğince, tedavinin hastaneye yatarak yapılması gerektiğinde; günlük hastane giderleri, sağlık sigortası sözleşmesi kapsamında sigorta şirketince karşılanır. Bu teminatın söz konusu olabilmesi için madde lâfzından da anlaşıldığı üzere, tedavi yatarak yapılmalı ve bunun için tıbbi bir gereklilik bulunmalıdır¹⁵³.

¹⁵⁰ ÜNAN, s. 407.

¹⁵¹ ULAŞ, s. 203.

¹⁵² Bkz. Axa Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartlar Kitapçığı, [https://www.axasigorta.com.tr/media/t1/001/607/686/462/sagligim-kristal-ozel-sartlari.pdf, (E.T.:10.06.2021)].

¹⁵³ ÜNAN, s. 424.

Tıbbi gereklilik için nesnel tıp bulguları dikkate alınarak, bir tedavinin soyut ve somut olarak tedaviyle izlenen amacı gerçekleştirmeye elverişli olması aranır. Tıbbi gereklilik, en elverişli tedavi yönteminin bulunması sonucu kararlaştırılır. Bir tedavi yönteminin bulunmadığı ağır ve ölümcül hastalıklarda deneme niteliğinde; ancak iyileştirme ümidi veren girişimler de tıp açısından gereklilik şartının yerine getirilmesi için yeterlidir¹⁵⁴.

Gündelik hastane teminatının bir meblağ sigortası mı yoksa zarar sigortası mı olduğu konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Doktrinde bir görüş¹⁵⁵, gider sözcüğünün bir zarar sigortasının düzenlenmiş olduğu anlamına geldiğini; ancak, bunun kabulü hâlinde bu teminatın, yatarak tedavi teminatından bir farkı kalmayacağını ve bu teminatın TTK madde 1513/1(a) kapsamında olduğunu, gündelik hastane teminatının hastanede tedavinin uygulandığı süre boyunca günlük belirli bir tutarın sigortalıya ödenmesini içeren bir meblağ sigortası olarak değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Bir başka görüş¹⁵⁶ ise, TTK madde 1513/1(b) düzenlemesinin, yatarak tedavinin gerekli olduğu durumlarda, günlük hastane giderlerinin ödenmesi amacıyla bir zarar sigortası olarak düzenlendiğini ifade etmektedir. Kanımızca, kanun koyucunun bu bendi düzenlemesindeki amaç, yatarak tedavi sebebiyle doğacak hastane giderlerini ayrı bir bent ile düzenleme ihtiyacıdır. Her ne kadar bu durum kanun yapma tekniğine uygun olmasa da Genel Şartlar madde 1 ile paralel olarak değerlendirildiğinde; gündelik tazminatın, iş görememe sebebiyle ödenecek teminat olduğu anlaşılmaktadır. Şayet (b) bendi, hastanede tedavi süresi boyunca belirli bir ücret ödenmesi için düzenlenmişse, bu defa gündelik hastane teminatı, iş görememe sebebiyle ödenecek teminatla aynı amaca hizmet edecektir. Bu bakımdan, bizce de (b) bendi bir zarar sigortası olarak, yatarak tedavi sebebiyle yapılması gereken hastane giderlerinin sigortacı tarafından karşılanması amacıyla öngörülmüştür.

Nitekim özel şartlarda yatarak tedavinin kapsamına genel olarak aşağıdaki giderler dâhil edilmektedir: *“Sigortalının bir ameliyat veya bir hastalığın tedavisi nedeniyle hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan ameliyat giderleri (ameliyathane içinde gerçekleşen giderleri; ameliyathane kirası, operatör doktor, asistan, ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, anestezi doktor ücretleri ile ameliyat esnasında kullanılan*

¹⁵⁴ ÜNAN, s. 416, 417.

¹⁵⁵ ÜNAN, s. 416, 417.

¹⁵⁶ KARABIYIK, s. 64.

sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme giderleri) ile ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı, plaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan ürünleri takılması gibi masraflar; doktor takip ve konsültasyon masrafları; hastanede yatan sigortalının hastalığının takibi ve doktorun öngördüğü tedaviyi yönlendirici tetkikleri, tahlil, röntgen masrafları, standart tek kişilik özel oda, yemek ve refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır”¹⁵⁷. Tedavinin hastaneye yatarak yapılması gerektiği hâllerde günlük hastane giderlerinin, özel şartlarda detaylı olarak düzenlenen giderler olması, TTK düzenlemesinin lâfzına daha uygun düşmektedir.

2.3.3.1.3. Gündelik iş görememe teminatı

TTK madde 1513/1 (c) gereğince sağlık sigorta sözleşmesinin teminatlarından bir diğeri de gündelik iş görememe teminatıdır. Buna göre sigortalının, hastalık sonucu iş göremez hâle gelmesi nedeniyle yaşadığı kazanç kaybı için kararlaştırılan günlük iş görememe parasının, sigorta şirketi tarafından karşılanacağı sağlık sigorta sözleşmesinde düzenlenebilir. Bu teminatın ödenebilmesi için günlük alışılmış uğraşlar değil, mesleki işten kalma süresi dikkate alınır¹⁵⁸.

İlgili madde ile, kanun koyucu tarafından kazanç yoksunluğunun olumsuz sonuçlarına karşı sigortalı lehine bir meblağ sigortası öngörülmüştür. Sigortalıya, iş görememenin sürdüğü her gün için taraflarca belirlenen götürü bir tutarın verilmesi söz konusu olmaktadır. Bu da meblağ sigortası olarak nitelendirilmesi gereken bir sigortanın varlığına işaret etmektedir¹⁵⁹.

TTK madde 1513/1(c) düzenlemesi ile her ne kadar yalnızca hastalık sonucu iş göremez hâle gelme şartı getirilmekte ise de kaza sonucu ortaya çıkan sağlık sorunu nedeniyle işten kalmanın da teminata dâhil sayılması gerektiği ÜNAN tarafından ifade edilmektedir¹⁶⁰. Kanımızca da günlük iş görememe teminatının, kaza sonucu yaralanma hâlini de kapsaması isabetlidir. Nitekim, Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 1. maddesinde

¹⁵⁷ Bkz. Axa Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartlar Kitapçığı, [https://www.axasigorta.com.tr/media/t1/001/607/686/462/sagligim-kristal-ozel-sartlari.pdf, (E.T.:10.06.2021)].

¹⁵⁸ ULAŞ, s. 185.

¹⁵⁹ ÜNAN, s. 425; CAN, s. 208.

¹⁶⁰ ÜNAN, s. 426.

gündelik tazminatların, hastalık veya kaza sonucu yaralanma hâlinde ödeneceği düzenlenmiştir.

Hastalık veya kaza sonucu, belli bir süre çalışamama rizikosu meydana gelmişse; poliçede belirlenen üst limite kadar geçen her güne karşılık gelen günlük tazminat sigortalıya ödenmektedir¹⁶¹.

Sigortalının gündelik iş görememe teminatından faydalanabilmesi için, geçici bir süreliğine, tamamen değil, kısmen iş göremez duruma düşmüş olmasının yeterli olup olmayacağı konusunda ÜNAN; TTK'da bu konuda özel bir düzenleme bulunmadığından, teminattan faydalanılması için sigortalının hiç çalışamayacak duruma gelmiş olması gerektiğini ifade etmiştir¹⁶².

Kanımızca, kısmen çalışabilme hâlinde gündelik iş görememe teminatı yarıya indirilerek ödenmelidir. Nitekim Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları madde 8'de de sigortalının, kısmen çalışabilecek hâlde olması veya sonradan kısmen çalışabilecek duruma gelmesi hâlinde, o tarihten sonra gündelik tazminatın yarıya indirilerek ödeneceği düzenlenmiştir. TTK'da bu şekilde bir düzenleme yer almaması tamamen iş görememe hâlinin aranması anlamına gelmemelidir. Kaza sigortası için düzenlenen geçici iş göremezlik teminatı ile sağlık sigortası için düzenlenen gündelik iş görememe teminatının benzerliği göz önüne alındığında, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartlarındaki ilgili hükmün kıyasen sağlık sigortasına uygulanması kanımızca uygun olacaktır. Sigortacılık mevzuatı bir bütün olarak değerlendirildiğinde, çalışamama hâlinin oransal olarak belirlenmesi ve kısmen çalışamama hâlinde gündelik iş görememe teminatından sigortalının faydalanabilmesi daha uygun bir çözüm olacaktır.

2.3.3.1.4. Bakım giderleri ve gündelik bakım teminatı

TTK madde 1513/1(d) gereğince sigortalının bakıma ihtiyaç duyması hâlinde, bakıma bağlı masraflar veya sözleşmede belirlenen gündelik bakım parası, sağlık sigorta sözleşmesi teminatı kapsamında sigorta şirketi tarafından karşılanır.

¹⁶¹ KARABIYIK, s. 39.

¹⁶² ÜNAN, s. 426.

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için sigortalının hastalığının, kendisine bir başkasının bakımına muhtaç hissettirecek seviyede olması rizikosunun gerçekleşmesi gerekir¹⁶³. Riziko, bakım gereğinin meydana gelmesi ile gerçekleşmekte ve bu gereğin ortadan kalkması ile sona ermektedir¹⁶⁴. TTK'da bakıma muhtaç hâle gelmenin ne şekilde tespit edileceği hususunda bir düzenleme bulunmamaktadır. Uygulamada özel şartlarda, bakıma muhtaç seviyede olma durumunun doktor raporu ile tespit edileceği düzenlenmektedir.

Bakım nedeniyle doğan giderler bir zarar sigortası niteliğinde iken; gündelik bakım parası bir meblağ sigortası niteliğindedir. Bakım giderleri teminatı bakımından sigorta şirketi, bakım gideri doğmasına sebep olan üçüncü kişilere ödediği tazminat tutarı ile sınırlı olmak üzere halefiyet ilkesi gereğince rücu edebilir. Bakım gideri ihtiyacı hem hastalık hem de bir kaza sonucu yaralanma hâlinde ortaya çıkmış olabilir. Gündelik bakım parası teminatının meblağ sigortası olması bakımından ise, gerçekte yapılan giderler daha az olsa bile sözleşmede kararlaştırılan tutarın sigorta şirketi tarafından karşılanması gerekmektedir¹⁶⁵.

2.3.3.2. Teminatın süre ve yer olarak sınırlandırılması

Sağlık Sigortası Genel Şartlarında süre ve yer bakımından bir sınırlama getirilmemiştir. Bu gibi sınırlamalar, tarafların anlaşmalarına bırakılmıştır¹⁶⁶. Sağlık sigortası sözleşmesinin süresi, özel şartlarda genel olarak bir yıl süreli olarak belirlenmektedir. Bu sürenin sonunda taraflar mutabık kalırsa, sigorta süresi uzatılmakta ve sigortaya süreklilik kazandırılmaktadır¹⁶⁷.

Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 5. maddesinde sigortanın, sözleşmede başlangıç ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde ve taraflarca aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlayacağı ve yine öğlen saat 12.00'de sona ereceği düzenlenmiştir.

¹⁶³ KARABIYIK, s. 39.

¹⁶⁴ ÜNAN, s. 429.

¹⁶⁵ ÜNAN, s. 429, 430.

¹⁶⁶ BOZER, s. 236.

¹⁶⁷ ULAŞ, s. 209.

Genel Şartların 4. maddesinde ise sigortanın coğrafi sınırlarının taraflarca özel şartlarda belirleneceği belirtilmiştir. Coğrafi sınırlama yurt içi bakımından yapılabileceği gibi, yurt dışında da yapılabilir¹⁶⁸.

2.3.4. Teminat dışı kalan hâller

2.3.4.1. Genel şartlar gereği teminat dışı hâller

Sağlık sigortasında teminat dışında bırakılan hâller, Genel Şartlar madde 2 ve 3'te düzenlenmiştir. Genel olarak tüm sigorta türlerinde, belli başlı hâllerin sigorta şirketlerince teminat altına alınamayacağı, ilgili sigortanın Genel Şartlarında düzenleme altına alınmaktadır. Sağlık sigortası bakımından da bu hâller benzerlik göstermektedir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 2(a) gereğince; harp ve harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar teminat dışı kalan hâllerdendir. Buna göre sigorta ettiren veya sigortalının kaza sonucu yaralanma rizikosuna, harp veya harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar sonucunda ortaya çıkarsa, sigortacının sağlık sigortası sözleşmesi kapsamında ödeme yapması Genel Şartlar gereğince mümkün değildir.

Genel Şartlar madde 2(b) düzenlemesi uyarınca, cürüm işlemek veya cürme teşebbüs hâli teminat altına alınamamaktadır. Esasen, cürüm ve cinayet hâlleri TTK madde 1404 hükmü uyarınca sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınamaz. Kanunun emredici hükümlerine, ahlaka, kamu düzenine, kişilik haklarına aykırı bir eylemden doğacak zararlar sigorta teminatı korumasına alınamaz. Cürüm ve cinayet işlemek veya bunlara teşebbüs etmek, kanuna ve ahlaka aykırı olduğundan hiçbir şekilde teminat kapsamına dâhil edilemezler¹⁶⁹.

Teminat dışı kalan hâllerden bir diğeri, tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hâli hariç olmak üzere, sigortalının kendisini bilerek ağır bir tehlikeye atacak eylemlerde bulunmasıdır. Bu istisnanın en önemli unsuru; zorunlu bir durum olmamasına rağmen sigortalının tehlikeye bilinçli olarak kendi iradesi ile atılmasıdır. Bu bağlamda tehlikeden

¹⁶⁸ ULAŞ, s. 213.

¹⁶⁹ KARABIYIK, s. 27.

maksat, makul bir insanın yapılması hâlinde netice doğuracağını kestirebileceği hâllerdir. Zaruret söz konusu değilken tehlikeye atılmak ne kaza rizikosunun ne de TTK madde 1401’de düzenlenen sigorta kavramının kapsamına girmektedir. Ancak sigortalının daha tehlikeli bir durumdan kurtulmak için, daha az tehlikeli bir duruma başvurması teminat kapsamına girmektedir. Zira burada zaruret hâli söz konusudur¹⁷⁰. Nitekim 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu¹⁷¹ (TCK) madde 25/2 gereğince de zorunluluk hâlinde cezai sorumluluk doğmamaktadır¹⁷².

TTK madde 1404 hükmü bir kimsenin kanunla yasaklanan eyleminden doğan zararlara karşı sigorta yapılamayacağını beyan etmiştir. Bu nedenle esrar ve eroïn kullanımı TCK madde 191 bağlamında suç niteliği taşıyan eylemler olduğundan, bu eylemler nedeniyle oluşan zararlara karşı, bu teminat dışı durum olmasaydı dahi, sigorta koruması sağlanması mümkün olamazdı¹⁷³. Bu bakımdan esrar, eroïn gibi uyuşturucuların kullanımına bağlı olarak meydana gelen rizikolar, sigorta şirketi tarafından hiçbir şekilde teminat altına alınamaz.

Sigorta ettiren veya sigortalılar, nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj sonucunda hastalanma ve/veya kaza sonucu yaralanma hâlinde de sağlık sigortası korumasından faydalanamamaktadırlar.

Sigortalının kendisini bilerek tehlikeye atması hâli kapsamında sayılabilecek sigortalının intihara teşebbüsü sonucu hastalanması veya yaralanması hâli de Genel Şartlar madde 2(g)’de teminat dışı kalan bir durum olarak ayrıca düzenleme altına alınmıştır.

Terör eylemleri ve buna bağlı yapılan müdahaleler sonucunda sigortalının hastalanması ve/veya yaralanması hâlinde de sigorta şirketi Genel Şartlar madde 2(f) gereği ödeme yapmaktan imtina edecektir. Ancak bu bentteki zararlar hariç olmak üzere, tarafların 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu¹⁷⁴,’nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları

¹⁷⁰ KARABIYIK, s. 28.

¹⁷¹ RG. 12.10.2004, S. 25611.

¹⁷² TCK madde 25/1: “Gerek kendisine gerek başkasına ait bir hakka yönelik olup, bilerek neden olmadığı ve başka suretle korunmak olanağı bulunmayan ağır ve muhakkak bir tehlikeden kurtulmak veya başkasını kurtarmak zorunluluğu ile ve tehlikenin ağırlığı ile konu ve kullanılan vasıta arasında orantı bulunmak koşulu ile işlenen fiillerden dolayı faile ceza verilmez.”

¹⁷³ KARABIYIK, s. 28.

¹⁷⁴ RG. 12.04.1991, S. 20843.

önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu gerçekleşen yaralanma veya hastalanma rizikosunun teminat kapsamında kalacağına ilişkin anlaşma yapmalarının mümkün olabileceği, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 3'te düzenleme altına alınmıştır.

Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve heyelan şeklinde gerçekleşen bir doğal afet sonucunda sigortalının yaralanması ya da hastalanması söz konusu olduğunda, sigortacının sağlık sigortası sözleşmesi kapsamında ödeme yapması kural olarak mümkün bulunmamaktadır. Ancak Genel Şartlar madde 3 gereğince; deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve heyelan sebebiyle yaralanma ve hastalanma hâlinin teminat kapsamında olacağının taraflarca kararlaştırılması mümkündür.

2.3.4.2. Özel şartlarda düzenlenen sair teminat dışı hâller

Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 2(h) gereğince, poliçe özel şartlarında düzenlenen teminat dışı hâllerde sigorta şirketince ödeme yapılması mümkün bulunmamaktadır. Bu hâller, TTK ve Genel Şartlara aykırı olmamak üzere özel şartlarda düzenlenebilmektedir. Sağlık sigortası özel şartlarında, sigorta teminatının kapsamının daraltılması ya da genişletilmesi mümkündür. Sigorta şirketince belirli bir yaştan sonra sözleşme düzenlenmemesi veya bazı hastalıkların teminat kapsamı dışında bırakılması şeklinde teminatın kapsamı daraltılabileceği gibi; refakatçi ve ambulans giderlerinin teminat kapsamına alınması şeklinde kapsamın genişletilmesi de mümkündür¹⁷⁵.

Poliçe özel şartlarında bazı hastalıklar kapsam dışında tutularak sigorta şirketinin sorumluluğunun sınırlandırılması mümkün olmaktadır¹⁷⁶. Genel olarak tüm sigorta şirketlerinin özel şartlarında: “(...), *ilk sigortalanma yılı öncesi var olan hastalıklar, doğuştan gelen hastalıklar, AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıklar ile ilgili her türlü test, tahlil masrafları ve gerekli tedaviler ile HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalık ve sendromlar, her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları, kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler, psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların muayenesi, nöropsikiyatrik testler, tetkik, tedavi (psikoterapi dâhil) ve komplikasyonlarına ait her türlü gider, konuşma ve ses terapisi, gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve*

¹⁷⁵ ÇEKER, s. 356.

¹⁷⁶ BALKANLI, s. 30.

görme tembelliği ile ilgili giderler, tehlikeli spor faaliyetlerinde meydana gelebilecek hastalık ve/veya sakatlıklar, robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar, deneysel ve araştırma niteliğindeki, etkinliği kanıtlanmamış tıbbi girişim, uygulama ve tedaviler, doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesinde ortaya çıkan komplikasyonlar sonucu ortaya çıkan giderler (...)” gibi hâller teminat kapsamı dışında bırakılmaktadır¹⁷⁷.

Bazı hastalıklar bakımından ise, sigorta şirketince belirli bir süre ile sınırlı olarak o hastalığın teminat dışında bırakılması söz konusu olabilmektedir. Bu süreye, “bekleme süresi” adı verilmektedir. Bekleme süresine ilişkin TTK madde 1516 düzenlemesine göre, sigorta sözleşmelerinde bu sürenin azami limiti, Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından veya Bakanlığın uygun göreceği bir kurum tarafından belirlenir.

Bekleme süresi öngörülen hastalıklara örnek olarak: “(...) *her türlü organ nakli ve bunların komplikasyonları, her türlü kist, her türlü fitiklar, omurga ve disk hastalıkları, diz rahatsızlıkları, rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları ve taşları, mesane rahatsızlıkları, meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, geniz eti, işitme cerrahisi ve uyku apnesi cerrahisi, katarakt, glokom, prostat, varis, felç, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç), kalp ve damar hastalıkları, her türlü kronik hastalık, tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler, artroskopik ve laparoskopik girişimler, kemoterapi, radyoterapi, tümör ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler(...)*” gösterilebilir¹⁷⁸.

Bu tip hastalıklar bakımından bekleme süresi öngörülmesinin sebebi, sözleşmenin akdedilmesinden önce doğmuş olan hastalıklar bakımından sigorta teminatı verilmesinin önüne geçmektedir. Nitekim, bekleme süresine ilişkin TTK madde 1516 düzenlemesinin gerekçesinde de bu hususa vurgu yapılmış ve sigortacının kesin gerçekleşmiş olan hastalıklar

¹⁷⁷ KARABIYIK, s. 29, 33; Bkz. Allianz Sigorta Modüler Sağlık Sigortası Özel Şartları, Axa Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartları, Anadolu Sigorta Sağlık Sigortası Özel Şartları, [https://www.allianz.com.tr/content/dam/onemarketing/aztr/allianz/pdf/saglik-sigortalari/moduler-saglik/ModulerSaglik_OzelveGenelSartlar_09-20.pdf, https://www.axasigorta.com.tr/media/t1/001/607/686/462/sagligim-kristal-ozel-sartlari.pdf, https://www.anadolusigorta.com.tr/i/content/29_1_SA620%20(%C3%96SS%20%C3%B6zel%20%C5%9Far%20t%20lar).pdf, (E.T.: 15.06.2021)].

¹⁷⁸ BALKANLI, s. 31, 32.

için sigorta yapmasının önlenmesi amacıyla bekleme süresi koyabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca, her hastalık için farklı bir bekleme süresinin öngörülmesi gerekebileceğinden, bu sürenin TTK’da belirlenmesi yoluna gidilmek istenmemiş ve bu konuda yetki, bugünkü adıyla Hazine ve Maliye Bakanlığı’na bırakılmıştır¹⁷⁹. Ancak Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından bekleme süresinin üst sınırının belirlenmesine ilişkin olarak hâlen bir düzenleme yapılmamış olup, sigorta şirketleri bu süreyi uygulamada bir yıla kadar belirleyebilmektedir¹⁸⁰.

2.4. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Şekli ve Süresi

2.4.1. Sözleşmenin şekli

Özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından, diğer sigorta sözleşmelerinde olduğu gibi, TTK’da herhangi bir şekil şartı öngörülmemiştir. TBK madde 12/1’de yer alan “sözleşmelerin geçerliliği, kanunda aksi öngörülmedikçe, hiçbir şekle bağlı değildir” hükmü, sigorta sözleşmeleri bakımından uygulanmaktadır¹⁸¹. Bu anlamda, özel sağlık sigortası sözleşmesi de tarafların birbirine uygun karşılıklı irade beyanlarıyla kurulmaktadır.

Sözleşmenin kurulması şekle bağlı olmamakla beraber, sözleşmenin ispatı için senetle ispat kuralına ilişkin HMK madde 200 gereği, yazılı delil aranması gerekebilir. Bu durumda sözleşmenin varlığı, poliçe ile ispatlanabileceği gibi mektup veya telgraf ile de ispatlanabilir¹⁸².

Taraflarından birinin tüketici olduğu sigorta sözleşmelerinde ise, sözleşmenin TKHK gereğince şekil şartına tabi olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir. TTK madde 1430 hükmü uyarınca, sigorta ettirenin prim borcunu peşin veya taksitle ödeyebileceği düzenlenmiştir. TKHK madde 17/3’te ise, taksitli satış sözleşmelerinin yazılı olarak yapılmadıkça geçerli olmayacağı düzenlenmektedir. Buna göre, şayet tüketici sıfatını haiz sigorta ettiren, akdettiği sözleşmenin primlerini taksitle ödeyecekse, bu sözleşmede yazılı şekil şartı aranacağı söylenebilecektir¹⁸³. Ayrıca, TKHK madde 17/3 gereğince, geçerli bir

¹⁷⁹ Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 455.

¹⁸⁰ CAN, s. 209.

¹⁸¹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 176.

¹⁸² KAYIHAN/BAĞCI, s. 120.

¹⁸³ AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 160.

sözleşme yapmamış olan satıcı veya sağlayıcı, sonradan sözleşmenin geçersizliğini tüketicinin aleyhine olacak şekilde ileri süremez.

TKHK madde 47 hükmünde düzenlenen iş yeri dışında kurulan tüketici sözleşmeleri bakımından da yazılı şekil şartı öngörülmüştür. Bu halde, sigorta tüketicisinin, iş yeri dışında akdettiği sigorta sözleşmelerinde de yazılı şekil şartı bir geçerlilik şartı olarak aranacaktır. Ancak, sigortacı şekle aykırılığı tüketicinin aleyhine olacak şekilde öne sürememektedir¹⁸⁴.

2.4.2. Sözleşmenin süresi

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde sigorta süresi ile ifade edilenin neye ilişkin olduğunun açıklanmasında fayda bulunmaktadır. Doktrinde sigorta sözleşmelerinde süre; şekli süre, maddi süre ve teknik süre olarak ifade edilmektedir¹⁸⁵.

2.4.2.1. Şekli süre

Şekli sigorta süresi, sigorta ettirenin öneride bulunmasından sonra sigortacının kabulü ile sözleşmenin kurulması anından itibaren, sözleşmenin sona ermesine kadar devam eden süreyi ifade etmektedir¹⁸⁶. Sigorta süresi belirli bir süre ile sınırlı olup, özel sağlık sigortası sözleşmesi kural olarak bir yıl süreyle sınırlı olarak yapılmaktadır. Nitekim sigorta dönemine ilişkin TTK madde 1411 düzenlemesine göre de: “*Prim daha kısa zaman dilimlerine göre hesaplanmamış ise bu Kanuna göre sigorta dönemi bir yıldır*”.

Bazı hâllerde sigorta süresi sözleşmede açık bir şekilde düzenlenmeyebilir. Bu durumda taraflar arasında bir uyuşmazlık çıktığında, sözleşme süresini hâkim tayin edecektir. TTK madde 1410 gereğince: “*Süre, sözleşmeyle kararlaştırılmamış ise, taraf iradeleri, yerel teamül ile hâl ve şartlar göz önünde bulundurularak, mahkemece belirlenir*”.

2.4.2.2. Maddi süre

Sigortacının sorumluluk süresini ifade eden maddi süre, şekli ve teknik sözleşme süresinden farklıdır. TTK madde 1421/1 gereğince sigortacının sorumluluğunun primin veya

¹⁸⁴ AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 161.

¹⁸⁵ KENDER, s. 227, 228; KAYIHAN/BAĞCI, s. 145.

¹⁸⁶ KAYIHAN/BAĞCI, s. 145.

ilk taksitinin ödenmesinden önce başlayacağını taraflarca kararlaştırılması mümkündür. Buna göre, maddi süre, sigortacının koruma yükümlülüğü süresi olarak ifade edilebilir. Sözleşmenin taksitlerle ödenmesinin kararlaştırıldığı durumda ise sigortacının koruma yükümlülüğü süresi bittikten sonra da taksit ödemelerinin devam etmesi mümkün olabilir. Bu sebeple sigorta süresi, sigortacının koruma yükümlülüğü veya rizikoyu taşıma yükümlülüğü süresi olarak ifade edilebilir¹⁸⁷.

TTK madde 1421/1 düzenlemesi nispi emredici niteliktedir. Bu nedenle, sigortacının sorumluluk süresinin, sigorta ettiren veya sigortalı aleyhine değiştirilmesi mümkün değildir¹⁸⁸.

2.4.2.3. Teknik süre

Teknik süre, sigorta ettirenin prim borcunun devamlılık arz ettiği zaman dilimi olup sözleşmede düzenlenen başlangıç ve sona erme tarihleri arasındaki süredir. Ancak, sigortanın şekli süresinin sona ermesi sebebiyle sözleşmenin son bulmasına rağmen, sigorta ettiren prim borcunu yerine getirmemişse, sigorta sözleşmesi teknik olarak devam etmektedir¹⁸⁹.

2.4.2.4. Geçmişe etkili sigorta

Geçmiş etkili sigorta kavramını düzenleyen TTK madde 1458 düzenlemesi gereğince: “*Sigorta, sigorta koruması sözleşmenin yapılmasından önceki bir tarihten itibaren sağlanacak şekilde yapılabilir. Ancak, rizikonun gerçekleştiği veya gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalkmış olduğu, sözleşmenin yapılması sırasında, sigortacı ile sigorta ettiren ve sigortadan haberi olmak şartıyla, sigortalı tarafından biliniyorsa sözleşme geçersizdir. Rizikonun gerçekleştiği veya gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalktığından sigorta ettiren veya sigortalı tarafından bilinip sigortacı tarafından bilinmediği durumlarda, sigortacı sözleşme ile bağlı olmamakla birlikte, ödenmesi gereken primin tamamına hak kazanır*”.

Buna göre, sigortacının koruma yükümlülüğü süresinin, sözleşmenin başlangıç tarihinden önce başlaması mümkündür. Bunun sınırı ise, sözleşmenin yapıldığı sırada,

¹⁸⁷ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 181.

¹⁸⁸ KAYIHAN/BAĞCI, s. 146.

¹⁸⁹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 147.

sözleşmenin taraflarının, rizikonun gerçekleştiğini veya gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalktığını biliyor olması hâlidir. Zarar sigortalarına ilişkin bu hükmün, TTK madde 1519/2’te yapılan atıf dolayısıyla zarar sigortası niteliğindeki özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından da uygulanabileceği anlaşılmaktadır.

Ancak, kanımızca özel sağlık sigortası sözleşmesinde rizikonun gerçekleştiği sigorta ettiren veya sigortalı tarafından önceden biliniyorsa bunun sonucu, beyan yükümlülüğünün sözleşmenin kurulmasından önce ihlali sebebiyle, TTK madde 1439 gereği sigortacının sözleşmeden cayması veya prim farkı istemesi olmalıdır. Sigortacı, caymanın sonucunda rizikoyu taşıdığı süreye ilişkin prime hak kazanmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN HÜKÜMLERİ VE GEÇERSİZLİĞİ

3.1. Tarafların Borç ve Yükümlülükleri

3.1.1. Sigortacının borç ve yükümlülükleri

3.1.1.1. Poliçe veya katılım sertifikası verme yükümlülüğü

Sigortacının sigorta sözleşmesinin kurulmasının akabinde, sigorta poliçesini düzenleyerek sigorta ettirene vermesi gerekmektedir¹⁹⁰. TTK madde 1424/1 gereğince: *“Sigortacı, sigorta sözleşmesi kendisi veya acentesi tarafından yapılmışsa, sözleşmenin yapılmasından itibaren yirmi dört saat, diğer hâllerde on beş gün içinde, yetkililerce imzalanmış bir poliçeyi sigorta ettirene vermekle yükümlüdür. Sigortacı poliçenin geç verilmesinden doğan zararlardan sorumludur”*.

İlgili düzenlemeye göre, sigorta sözleşmesi doğrudan sigortacı veya onun acentesi tarafından yapılmışsa, sigortacı sigorta poliçesini yirmi dört saat içerisinde teslim etmekle yükümlüdür. Bunun haricindeki diğer hâllerde ise, poliçeyi teslim süresi on beş gündür. “Diğer hâller” ile kastedilen, sigorta sözleşmesinin broker aracılığıyla yapılması gibi hâllerdir. Bu kişi, sigorta ettirenin sözleşme yapma iradesine ilişkin önerisini sigortacıya veya acentesine iletecek; buna karşılık sigortacının kabul iradesini de sigorta ettirene ulaştıracaktır¹⁹¹.

Sigorta sözleşmesinin yürürlük tarihi ile poliçe düzenleme tarihi farklı olabilir. Sigorta süresi sözleşmenin taraflarınca poliçede kararlaştırılan tarihten işlemeye başlar, bu bakımdan poliçenin sonradan düzenlenmiş olması önem taşımamaktadır¹⁹².

¹⁹⁰ ULAŞ, s. 224.

¹⁹¹ AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 178.

¹⁹² ÇEKER, s. 86.

TTK’da poliçenin verilmesi gereken sürenin belirlenmesi isabetli bir düzenlemedir. Öyle ki, sigorta ettirenin prim borcunun doğması, TTK madde 1431 gereği sigorta poliçesinin sigorta ettirene teslimine bağlanmıştır¹⁹³.

TTK madde 1425/1 gereğince: “*Sigorta poliçesi, tarafların haklarını, temerrüde ilişkin hükümler ile genel ve varsa özel şartları içerir, rahat ve kolay okunacak biçimde düzenlenir*”. Ayrıca, TTK madde 1424/2’ye göre de sigorta ettiren poliçesini kaybettiği takdirde, giderini kendisi karşılamak üzere yeni bir poliçenin fiziken teslimini sigortacıdan isteyebilmektedir.

Sigortacılık Kapsamında Değerlendirilecek Faaliyetler ve Mesafeli Akdedilen Sigorta Sözleşmeleri Hakkında Yönetmeliği¹⁹⁴’nin 9/3. maddesinde de sigorta ettirenin tüketici olduğu mesafeli akdedilen sigorta sözleşmelerinde, TTK’nın 1424. maddesinde öngörülen poliçe verme yükümlülüğünün mevcut olduğu ve TTK madde 1425’e uygun olmak kaydıyla kalıcı veri saklayıcısı aracılığı ile poliçe verilebileceği düzenlenmiştir.

Sigortacı bakımından özel sağlık sigortaları özelinde, poliçe düzenlemek ve sigorta ettirene vermek haricinde bir ek yükümlülük getirilmiştir. Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği’nin 8/1 maddesi gereğince “*grup sözleşmesi kapsamındaki sigortalılara yazılı veya elektronik ortamda katılım sertifikası verilmesi şartı*” mevcuttur. Bu şart, Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 18’de hem grup hem de bireysel sağlık sigortası sözleşmelerindeki sigortalıları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir¹⁹⁵. Buna göre, sigorta şirketi tarafından sigorta ettirene/sigortalıya bilgilendirme formu, poliçe veya katılım sertifikası teslimi bir zorunluluktur.

Genel Şartlar madde 18/A’da bilgilendirme formu, poliçe veya katılım sertifikasının teslim şekli şu şekilde düzenlenmiştir: “*(...) sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hâllerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir. Sigortalıların bilgi*

¹⁹³ KAYIHAN/BAĞCI, s. 181.

¹⁹⁴ RG. 16.06.2021, S. 31513.

¹⁹⁵ İlgili madde 15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile yürürlüğe girmiştir, [Bkz. https://tsb.org.tr/media/attachments/Sagl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1_Genel_Sartlar%C4%B1nda_Yap%C4%B1lan_Degisiklige_Iliskin_Sektor_Duyurusu_2016-12.pdf, (E.T.: 07.11.2021)].

paylaşımına ilişkin yazılı onayı, imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir”.

Gerek ÖSSY gerekse Genel Şartlarda, poliçe veya katılım sertifikasının elektronik ortamda veya fiziken verilebileceği düzenlenmektedir. Sigorta poliçesi veya katılım sertifikasının düzenlenip sigorta ettiren ve/veya sigortalılara iletilmesi sözleşmenin geçerliliği bakımından değil; sözleşmenin kurulduğunun ispatı bakımından önem arz etmektedir¹⁹⁶.

ÖSSY’de her ne kadar katılım sertifikası tanımlanmamışsa da madde 8’de grup sigortalarında sigortalılara verilmesi gereken katılım sertifikasının asgari olarak aşağıda yazılı esasları ihtiva etmesi gerektiği düzenleme altına alınmıştır:

- “a) Şirketin ticaret unvanı ve iletişim bilgileri,*
- b) Sigorta ettirenin adı, soyadı veya ticaret unvanı ve iletişim bilgileri,*
- c) Sigortalının adı, soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl),*
- ç) Poliçe numarası, SAGMER tarife adı ve tarife kodu,*
- d) Sigortanın süresi ve planı,*
- e) Riskin gerçekleşmesi durumunda nereye, hangi belgelerle ve hangi sürede başvurulacağı”.*

Katılım sertifikası da poliçe gibi sözleşmenin yapıldığını ispata yarayan ve sigortacı tarafından düzenlenen bir belgedir. Bu bakımdan, katılım sertifikası, poliçe ile benzer hukuki mahiyete sahiptir.

ÖSSY madde 8 ile grup sigortalarına ilişkin olarak sigortalılara verilmesi gereken katılım sertifikasının en az sahip olması gereken içerik hüküm altına alınmıştır. Katılım sertifikası ile sigortalının sağlık teminatlarını ana hatlarıyla anlayabilmesi gerekmektedir. Bunun için de sigorta planının tanımlandığı ÖSSY madde 4, (d) bendine göre “teminatlar ve

¹⁹⁶ KAYIHAN/BAĞCI, s. 182.

limitlerini ve şirketin ödeme yüzdesi ile katılım payını gösteren bilgi” katılım sertifikasında yer almalıdır¹⁹⁷.

TTK madde 1424/1’in son cümlesinde, sigortacının poliçenin geç verilmesine bağlı olarak doğabilecek zararlardan sorumlu olacağı düzenlenmiştir. Buna göre, sigortacı kanunda öngörülen süre içerisinde poliçeyi vermemesi hâlinde temerrüde düşecek ve TBK madde 125 gereğince sigorta ettiren sözleşmeden dönebilecek ve menfi zararının tazmin edilmesini isteyebilecektir¹⁹⁸. Ayrıca, poliçenin geç verilmesinden doğan zarardan sorumluluğa ilişkin düzenleme emredici niteliktedir¹⁹⁹.

Yargıtay 11. Hukuk Dairesi’nin bir kararında²⁰⁰ da sigorta şirketinin, sigorta ettirenin rızasıyla poliçenin iptal edildiğini kanıtlayamaması ve prim ödenmeden rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, poliçenin sigorta ettirene teslim edilmemesi sebebiyle sigorta ettirenin tazminat talep edebileceğine hükmedilmiştir.

3.1.1.2. Bilgilendirme yükümlülüğü

3.1.1.2.1. Genel olarak

TTK’nın 1423. maddesinde sigortacının aydınlatma yükümlülüğü hüküm altına alınmıştır. Buna göre: “*Sigortacı ve acentesi, sigorta sözleşmesinin kurulmasından önce, gerekli inceleme süresi de tanınmak şartıyla kurulacak sigorta sözleşmesine ilişkin tüm*

¹⁹⁷ ÜNAN, s. 488.

¹⁹⁸ KAYIHAN/BAĞCI, s. 182, 183.

¹⁹⁹ ULAŞ, Işıl: Uygulamalı Zarar Sigortaları Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2012, s. 100. (Zarar Sigortaları)

²⁰⁰ “Dava, TTK’nın 1267. maddesi uyarınca açılmış bulunan tazminat davası olup, davalı sigorta şirketi 01.07.2001-01.07.2002 dönemi için poliçeyi düzenlediklerini, ancak davacının primi ödemeyeceğini belirtmesi üzerine poliçenin davacının isteği ile iptal edildiğini savunmuştur. Davacı taraf iptalin isteğe dayalı olduğunu kabul etmemiş, davalı taraf da kanıt yükü kendisinde bulunduğu hâlde, bu hususu geçerli delillerle kanıtlayamamıştır. TTK’nın 1267. maddesi hükmüne göre sigorta akdi doğrudan doğruya sigortalı veya vekili ile yapılmışsa mukavele tarihinden itibaren 24 saat içinde, tellal vasıtasıyla yapılmışsa en geç 10 gün içinde sigortacı poliçeyi sigorta ettirene vermek zorundadır ve prim ödeme yükümlülüğü de bundan sonra doğacaktır. Dava konusu olayda davalı sigorta şirketi poliçesinin davacının rızasıyla iptal edildiğini kanıtlayamadığından ve poliçe davacıya teslim edilmediğinden prim ödenmeden rizikonun gerçekleşmesi nedeniyle davalı sigorta şirketi TTK’nın 1267. Maddesinin (TTK madde 1424) son cümlesi uyarınca davacı, davalı sigorta şirketinden tazminat talep etme hakkını haizdir. Bu itibarla, mahkemece davaya TTK’nın 1267. maddesi hükümleri uyarınca bakılıp, bu meyanda davacının da müterafik kusuru olup olmadığı değerlendirilerek neticesine göre bir karar verilmek gerekirken, anılan hususlar nazara alınmadan davalı sigorta şirketi aleyhine açılan davanın da reddine karar verilmesi bozmayı gerektirmiştir.”, Yargıtay 11. HD. 03.11.2008, E. 2007/8812, K. 2008/12196, [www.karararama.yargitay.gov.tr, (E.T.: 22.11.2021)].

bilgileri, sigortalının haklarını, sigortalının özel olarak dikkat etmesi gereken hükümleri, gelişmelere bağlı bildirim yükümlülüklerini sigorta ettirene yazılı olarak bildirir. Ayrıca, poliçeden bağımsız olarak sözleşme süresince sigorta ilişkisi bakımından önemli sayılabilecek olayları ve gelişmeleri sigortalıya yazılı olarak açıklar". TTK madde 1423 hükmü, TTK madde 1452/3 gereğince, sigorta ettiren ve sigortalı aleyhine değiştirilemeyen, nispi emredici bir hükümdür²⁰¹.

İlgili düzenleme gereğince hem sigortacının hem de acentesinin, sigorta ettirene, sözleşmenin kapsamı hakkındaki tüm bilgileri yazılı olarak bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır.

TTK düzenlemesinde her ne kadar sözleşmenin kurulmasından önce sigortacının bilgilendirme yükümlülüğü bulunduğu ifade edilmişse de sigortacı, sigorta ettireni sadece sözleşmenin kurulmasından önce değil; sözleşme süresi boyunca da bilgilendirmekle yükümlüdür²⁰².

3.1.1.2.2. Bilgilendirme yükümlülüğünün kapsamı

Sözleşme öncesi bilgilendirme yükümlülüğü, sigortacının sözleşmenin unsurları ve sözleşme şartları ile ilgili bilgileri sigorta ettirene bildirme yükümlülüğünü içerir. Bilgilerin, başvuru sahibinin ihtiyaçlarına ve sözleşmenin içeriği hakkında taraflar arasında daha önce yapılan müzakerelere dayalı olarak, genellikle sözleşme öncesi bilgilendirme formu şeklinde yazılı olarak teslimi gerekmektedir. Buradaki amaç, sigorta ettireni, sigorta sözleşmesiyle ilgili tüm bilgileri kontrol edebilecek ve bilinçli bir karara varabilecek bir konuma getirmektir.²⁰³

İlgili yükümlülük, Sig. Kanunu'nun 11/3. maddesinde "bilgilendirme" olarak ifade edilmiş ve ilgili maddenin dayanak olduğu Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik ile de bu yükümlülük kapsamlı olarak düzenlenmiştir²⁰⁴. Özel Sağlık Sigortaları

²⁰¹ YETİŞ ŞAMLI, Kübra: "Sigortacının Aydınlatma Yükümlülüğünü Düzenleyen TTK m. 1423 Hükümüne İlişkin Bazı Değerlendirmeler", Cevdet Yavuz'a Armağan, MARUHAD, Y. 2016, C. XXII, S. 3, s. 2982.

²⁰² ÜNAN, Samim: "Insurer's Pre-contractual Duties to Inform and Warn/Advise", Insurer's Precontractual Information Duty, Sigorta Hukuku Türk Derneği Yayınları, İstanbul 2013, s. 9.

²⁰³ KEGLEVİC, Ana: "Pre-contractual Information Duty and Unfair Contract Terms-Open questions and dilemmas", Insurer's Precontractual Information Duty, Sigorta Hukuku Türk Derneği Yayınları, İstanbul 2013, s. 77.

²⁰⁴ KARAUZ/CENKÇİ, s. 154.

Yönetmeliği'nin 5. maddesinde de sigortacının bilgilendirme yükümlülüğü hüküm altına alınmıştır. ÖSSY madde 5/1'e göre: *“Şirket, özel sağlık sigortası isteyenlere sözleşme yapma kararını etkileyebilecek hususlar hakkında bilgi verir; dürüstlük ve iyi niyet ilkeleri çerçevesinde, sözleşmenin müzakeresi ve yapılması sırasında sigorta sisteminin işleyişine ilişkin teknik konularda yardımcı olur, tarafların hak ve yükümlülüklerine ilişkin gerekli her türlü bilgiyi sözlü ve yazılı olarak sağlar, yanıltıcı her türlü hâl ve davranıştan kaçınır”*. Anılan hüküm, sigortacıya bilgilendirme yükümlülüğüne ek olarak sigorta ettirene yardımcı olma yükümlülüğü de getirmektedir.

Sig. Kanunu madde 11/3 gereğince ise, sigorta şirketleri ve sigorta acenteleri, bilgilendirme yükümlülüğünü, sözleşmenin kuruluşu ve sözleşme süresi içerisinde yerine getirilmelidir. Bilgilendirme yükümlülüğüne ilişkin genel ilkeler Bilgilendirme Yönetmeliği madde 5'te düzenlenmiştir. Maddenin ilk fıkrasına göre: *“Bilgilendirme yükümlülüğü, sigortacı tarafından sigorta ettirene ve sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen kişilere sözlü ve yazılı şekilde yerine getirilir. Bilgilendirmenin yazılı olarak yapılması esastır. Bilgilendirme yükümlülüğü, sigorta sözleşmesinin kurulmasından önce başlar ve sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde devam eder”*.

3.1.1.2.3. Bilgilendirme yükümlülüğünün şekli

Bilgilendirme Yönetmeliği madde 5/2'de, tarafların bir araya gelmesinin mümkün olmadığı durumlarda veya işin esasının gerektirdiği hâllerde kısa mesaj veya elektronik posta yolu gibi kalıcı veri saklayıcısı aracılığıyla bilgilendirmenin yapılabileceği düzenlenmiştir. Ayrıca sigorta tarafından bilgilendirmenin, görüşmenin kayıt altına alınmış olması kaydıyla çağrı merkezi veya telefon aracılığıyla sözlü olarak yapılabilmesi de mümkündür (Bilgilendirme Yönetmeliği madde 5/3). Ancak sigortacı, asgari olarak bilgilendirme yaptığını ispatla yükümlüdür²⁰⁵.

²⁰⁵ KAYIHAN/BAĞCI, s. 204.

Yargıtay’ın bir kararında, poliçenin sigorta ettirene elektronik posta yoluyla iletilmesi ve bilgilendirme formuna web sitesinden ulaşılabileceğinin bildirilmesi, sigortacının bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirdiğinin ispatı için yeterli görülmüştür²⁰⁶.

Bilgilendirme Yönetmeliği madde 5/4’e göre: “*Sigortacı, dürüstlük ilkeleri çerçevesinde; sigorta ettirene, sigortayla ilgili teknik konularda yardımcı olmak, yapılacak veya yapılmış sigortacılık işleminin özellikleri ve sözleşmeye konu sigorta teminatı ile sigortanın işleyişi hakkında gerekli her türlü bilgiyi sağlamak ve sigorta ettireni yanıltıcı her türlü hâl ve davranıştan kaçınmak zorundadır*”. Sigortacı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirirken sadece bilgilendirme formu imzalatarak sorumluluktan kurtulamamaktadır. Sigortacı, sözleşmenin tâbi olduğu mevzuatta yapılan değişiklikler de dâhil tarafların hak, borç ve yükümlülüklerini doğrudan etki edecek her gelişmeyi sigorta ettiren ve sigortalıya bildirmelidir²⁰⁷.

²⁰⁶ “ (...) Somut olayda; davacı ile davalı sigortalı arasında telefon görüşmesi yoluyla hayat sigortası sözleşmesi kurulmuş ve davacının isteği üzerine e-posta adresine gönderilen poliçede; poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk 90 gün içinde ortaya çıkan tehlikeli hastalıklar ve ameliyatların teminat kapsamı dışında olduğu, tehlikeli hastalıklar teminatı yönünden, tehlikeli hastalığın kapsamı ve uygulanmasına ilişkin ek özel şartlar çerçevesinde işlem yapılacağı, tehlikeli hastalıklar ek teminatı kapsamına giren sağlık risklerinin; kanser, organ nakli, böbrek yetmezliği, körlük, multiple skleroz olduğu, hayat sigortalı bilgilendirme formunun sigortacıdan istenip, dikkatlice okunması gerektiği, bilgilendirme formuna [www. avivasa.com.tr](http://www.avivasa.com.tr) adresinden ulaşılabileceği düzenlenmiştir. Temyize konu Bölge Adliye Mahkemesi Daire kararında her ne kadar; poliçe ile davacının yakalanması muhtemel tehlikeli hastalıkları ve vefatının teminat altına alındığı, davacının poliçe düzenlendikten 3 gün sonra 19/09/2013 tarihinde kalp krizi geçirdiği ve ameliyat olduğu, koroner arter hastalığı nedeniyle davacının geçirdiği kalp krizinin yaşamsal tehlike oluşturabilecek ve ölümle sonuçlanabilecek tehlikeli hastalık olması nedeniyle poliçe teminatı kapsamında olduğu, davalı sigorta görevlilerince kalp krizi hastalığının teminat kapsamında olduğunun belirtildiği, davalının davacının geçirmiş olduğu koroner arter hastalığının teminat kapsamında olmadığı yönündeki iddiasının doğru olmadığı, mahkemece alınan bilirkişi raporuna göre poliçe düzenlendiği sırada davacının bunu bilmesinin mümkün olmadığı, davalıya eksik veya yanıltıcı bildirimde bulunmadığı, davalının bilirkişi raporuna karşı itirazlarının mahkemece değerlendirildiği, poliçenin 4. maddesinde belirtilen poliçe başlangıç tarihinden itibaren ilk (90) gün içinde ortaya çıkan tehlikeli hastalıklar ve ameliyatlar teminat kapsamı dışında bırakılmış ise de; Poliçenin 5. maddesinde bunların sınırlı sayıda kanser, organ nakli, böbrek yetmezliği, körlük ve multiple skleroz olarak belirtildiği, koroner arter hastalığı ve buna bağlı gelişen kalp krizinin bu kapsamda olmadığı dolayısıyla ilk derece mahkemesince davanın kabulüne karar verilmesinin usul ve yasaya uygun olduğu anlaşıldığından davalı vekilinin ilk derece mahkemesi kararına ilişkin istinaf başvurusunun esastan reddine karar verilmiş ise de, davaya konu poliçe, sözleşmenin kurulmasından sonra, elektronik ortamda davacıya gönderilmiş olup, koroner arter hastalığı poliçe kapsamında sayılan tehlikeli hastalıklar arasında yer almamaktadır. Davacı 6102 sayılı TTK ve 4077 sayılı TKHK nun yukarıda anılan hükümlerine göre yasal süresi içinde poliçeye itiraz etmediğine ve cayma hakkını da kullanmadığına göre; sözleşmenin poliçede yazılı şartlarla yapılmış olduğunun kabulü gerekirken, koroner arter hastalığı ve buna bağlı gelişen kalp krizinin 90 günlük muafiyet süresi kapsamında olmadığından ve ilk derece mahkemesince davanın kabulüne karar verilmesinin usul ve yasaya uygun olduğundan bahisle davalı vekilinin istinaf başvurusunun esastan reddine karar verilmesi doğru görülmemiş ve karar bozmayı gerektirmiştir”, Yargıtay 17. HD. 19.02.2020, E. 2018/1213, K. 2020/1723, [www.karararama.yargitay.gov.tr, (E.T.: 16.08.2021)].

²⁰⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 204.

Bilgilendirme Yönetmeliği gereği bilgilendirme yükümlülüğünün yerine getirilmesi her ne kadar sigortacı bakımından sıkı kurallara bağlanmışsa da Yargıtay'ın bir kararında poliçe ekinde teslim edilen katılım sertifikasında teminatların ve özel şartların belirtilmesi hâlinde bilgilendirme yükümlülüğünün sigortacı tarafından yerine getirilmiş sayılacağı hüküm altına alınmıştır²⁰⁸.

TTK'da her ne kadar bilgilendirmenin yazılı olarak yapılması gerektiği belirtilmişse de Bilgilendirme Yönetmeliği ile ÖSSY'de, hem sözlü hem de yazılı olarak bilgilendirme yapılabileceği ifade edilmiştir. ÜNAN tarafından bu husus eleştiri konusu olmuş ve yasal bilgilendirme kapsamındaki bilgi aktarımlarının TTK madde 1423/1 açık hükmü gereğince yazılı olarak yapılmasının zorunlu olduğu ifade edilmiştir²⁰⁹. Bizce de Yönetmelik düzenlemeleri ile TTK'nın lâfzını aşacak şekilde düzenleme yapılması kanuna aykırı olmuştur.

Bilgilendirmenin yazılı şekilde yapılması hâlinde, bilgilendirme metni (formu) gündeme gelmektedir. Bilgilendirme Yönetmeliği madde 8/1 uyarınca, düzenlenen bilgilendirme formunun bir nüshası, sigortacı tarafından, sigorta sözleşmesinin kurulmasından önceki görüşmeler sırasında sözleşmeye taraf olmak isteyen kişilere verilir. Bilgilendirme metni, Bilgilendirme Yönetmeliği'nin 4. maddesinin (b) bendinde, *“sözleşme kurulmadan önce sözleşmeye taraf olmak isteyen ve talep edilmesi hâlinde sigortadan faydalanacak diğer kişilere sigortacı tarafından verilen ve sigortanın kapsamı, işleyişi ve*

²⁰⁸ “(...) poliçede ‘‘Yukarıda ayrıntıları verilen ferdi sağlık sigortası kapsamındaki sigortalıların teminat kapsamı ve özel koşulları ekte sigortalı sertifikasında belirtilmiş olup, işbu sertifika poliçenin ayrılmaz parçasıdır.’’ Düzenlemesi mevcuttur. Ekte yer alan 3S sağlık ... sistemi ferdi sertifikasında ise eş ... için açıklama olarak ‘‘Şartlı Kabul: Boyun vertebra hastalıklarıyla ilgili her türlü teşhis, tedavi ve komplikasyon giderleri %40 sigortalı katılım payı uygulanacaktır. Şartlı Kabul Baş. Tar: 24.5.2006’’ düzenlemesi yer almaktadır. Yine sertifikada yeniden risk değerlendirmesi yapılmaksızın yineleme taahhüdü verildiği belirtilmiş, bir önceki 24.5.2009-24.5.2010 tarihlerini kapsayan 3S sağlık ... sistemi ferdi sağlık ... poliçesinde de aynı şekilde; davacı ettiren ve sigortalı, dava dışı eşi ... ve dava dışı çocukları sigortalı olarak yer almakta olup, poliçede ‘‘Yukarıda ayrıntıları verilen ferdi sağlık sigortası kapsamındaki sigortalıların teminat kapsamı ve özel koşulları ekte sigortalı sertifikasında belirtilmiş olup, işbu sertifika poliçenin ayrılmaz parçasıdır.’’ düzenlemesi mevcuttur. Ekte yer alan 3S sağlık ... sistemi ferdi sertifikasında ise eş ... için açıklama olarak Şartlı Kabul: Boyun vertebra hastalıklarıyla ilgili her türlü teşhis, tedavi ve komplikasyon giderleri %40 sigortalı katılım payı uygulanacaktır. Şartlı Kabul Baş. Tar: 24.5.2006 düzenlemesi yer almaktadır, yine sertifikada yeniden risk değerlendirmesi yapılmaksızın yineleme taahhüdü verildiği belirtilmiştir. Bu durumda poliçenin ayrılmaz parçası olduğu belirtilen sertifikada %40 sigortalı katılım payına ilişkin düzenlemenin davaya konu poliçe yanında, daha önce de bulunduğu anlaşılmakla, bu hususun bilinmediği artık ileri sürülemeyeceğinden mahkemece davanın reddine karar verilmesi gerektiğinin gözetilmemesi doğru görülmemiştir”, Yargıtay 17. HD. 31.10.2017, E. 2016/10778, K. 2017/9910, [www.legalbank.net, (E.T.: 15.11.2021)].

²⁰⁹ ÜNAN, s. 470.

tazminat ödeme kurallarına ilişkin özet bilgileri içeren belge” olarak tanımlanmıştır. Bu metin bir geçerlilik şartı olmayıp, ispat için önem arz etmektedir²¹⁰.

Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 18/A-2’de, özel sağlık sigortası sözleşmesinde, bilgilendirme formunun sigortalılara imza karşılığı verilmesinin bir zorunluluk olduğu hüküm altına alınmıştır. Ancak, bu zorunluluk kanımızca bir geçerlilik şartı olarak değil; ispat şartı olarak değerlendirilmelidir.

3.1.1.2.4. Bilgilendirme yükümlülüğünün ihlali hâlinde uygulanacak yaptırım

TTK madde 1423/2’de aydınlatma yükümlülüğünün ihlaline ilişkin olarak şu düzenlemeye yer verilmiştir: *“Aydınlatma açıklamasının verilmemesi hâlinde, sigorta ettiren, sözleşmenin yapılmasına on dört gün içinde itiraz etmemişse, sözleşme poliçede yazılı şartlarla yapılmış olur. Aydınlatma açıklamasının verildiğinin ispatı sigortacıya aittir”*. Buna göre, sigortacı tarafından bilgilendirme yükümlülüğü yerine getirilmemiş; ancak buna rağmen sigorta ettiren, sözleşmenin poliçede yazılı mevcut şartlarla yapılmasına on dört gün içinde itiraz etmemişse, sözleşme kurulmuş olacaktır. Ayrıca, bilgilendirme yükümlülüğünün yerine getirildiğine ilişkin ispat külfeti sigortacıya yüklenmiştir.

Bilgilendirme Yönetmeliği madde 7’de ise, bilgilendirmenin gereği gibi yerine getirilmemesi hâlinde uygulanacak yaptırım şu şekilde düzenlenmiştir: *“Sigorta sözleşmesinin kurulması ve devamı sırasında; bilgilendirme yükümlülüğü gereği gibi yerine getirilmemiş veya sigortacı hakkında yanıltıcı bilgi verilmiş veya Bilgilendirme Metninde yer alan bilgiler gerçeğe aykırı şekilde düzenlenmiş ve bu hâllerden herhangi biri sigorta ettirenin kararına etkili olmuş ise sigorta ettiren sigorta sözleşmesini feshedebileceği gibi, varsa uğradığı zararın tazminini de talep edebilir”*.

İlgili düzenlemeye göre, bilgilendirme yükümlülüğünün usulüne uygun şekilde yerine getirilmemesi sigorta ettirenin kararını etkilemişse; bu hâlde, sigorta ettiren iki hakka sahip olmaktadır. Bunlar, sözleşmeyi feshetme ve uğradığı zararın tazminini talep etme hakkıdır. Sigorta ettiren bu hakları bir arada kullanmak zorunda değildir. Bu durumda, sigorta ettiren

²¹⁰ ARAL ELDELİKLİOĞLU, İrem: “6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu ve Sigortacılık Mevzuatı Uyarınca Sigortacının Aydınlatma Yükümlülüğü”, MARUHAD, Y. 2012, C. XVIII, S. 1, s. 393.

sözleşmeyi feshedip, uğradığı zararın tazmini talep edebileceği gibi; yalnızca fesih veya yalnızca tazminat talep etme hakkını da kullanabilecektir²¹¹.

Bilgilendirme yükümlülüğünün düzenlenme amacına uygun bu sonuç, sigortalının sözleşmeden beklediği menfaate sahip olamaması hâlinde, meydana gelen zararının tazminini sağlamaktadır. Rizikonun gerçekleşmesinden sonra, sigortalının yalnızca sözleşmeyi feshetmesi onun yararına olmayacaktır. Yeterince bilgilendirilmemesi sebebiyle arzuladığı sigorta güvencesinden faydalanamayan sigortalının, söz konusu kaybının karşılanmasını istemesi, ödediği primler sonucu beklediği sigorta güvencesinden faydalanabilmesi adına daha mantıklıdır²¹².

Doktrinde bir görüşe göre, Sig. Kanunu madde 11/3'e dayanılarak yayımlanan Bilgilendirme Yönetmeliği'nde bilgilendirme yükümlülüğünün ihlali hâlinde öngörülen yaptırım ile TTK madde 1423'te düzenlenen aydınlatma yükümlülüğünün ifa edilmemesi hâlinde öngörülen yaptırım birbirinden farklıdır. Bu bakımdan, TTK madde 1423 ile Bilgilendirme Yönetmeliği hükümlerinin uygulama alanları kesişmekteyse de içerikleri farklı düzenlenmiştir. Bu nedenle konuya ilişkin düzenlemelerin uygulanma yöntemi ve bunlar arasındaki çelişkilerin nasıl ortadan kaldırılacağı sorun yaratmaktadır. Bununla birlikte, TTK madde 1423'te bu yükümlülüğe ve yükümlülüğün ihlaline bağlanan sonuçlara ilişkin olarak düzenlenmeyen hususlarda, Bilgilendirme Yönetmeliği hükümlerinin uygulanacağı kabul edilmelidir. Aydınlatma yükümlülüğünün ifa edilme şekli hususunda ise Bilgilendirme Yönetmeliği'nde öngörülen ayrıntılı düzenlemeler, örneğin bilgilendirme formuna ilişkin hükümler, uygulama alanı bulacaktır²¹³.

3.1.1.3. Rizikoyu taşıma yükümlülüğü

TTK madde 1421/1'de, sigortacının rizikoyu taşıma yükümlülüğü hüküm altına alınmıştır. Buna göre: “*Aksine sözleşme yoksa, sigortacının sorumluluğu primin veya ilk taksidinin ödenmesi ile başlar; kara ve denizde eşya taşıma işlerine ilişkin sigortalarda, sigortacı, sözleşmenin yapılmasıyla sorumlu olur*”. Bu kural ile amaçlanan düşünce,

²¹¹ÖZDAMAR, Mehmet: “6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu Bağlamında Sözleşme Öncesi Aydınlatma Yükümlülüğünü İhlâl Eden Sigortacıya Uygulanacak Yaptırım Sorunu”, İÜHFM, Y. 2013, C. LXXI, S. 2, s. 355.

²¹² ÖZDAMAR, s. 352.

²¹³ YETİŞ ŞAMLI, s. 2983. Ayrıca, bilgilendirme yükümlülüğünün ihlalinde uygulanacak yaptırıma ilişkin detaylı inceleme için bkz. IV. Bölüm, 4.1.4.2.2. Bilgilendirme yükümlülüğünün ihlalinde fesih.

sigortacının tehlike taşıma borcunun en azından karşı edimin kısmen ifasından sonra başlamasıdır²¹⁴.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde kural olarak sigortacının sorumluluğu, primin veya ilk taksitinin ödenmesiyle başlayacaktır. Şayet riziko, primin ödenmesinden önce gerçekleşirse; sigortacı, sigorta tazminatını/bedelini ödemek zorunda kalmayacaktır. Sigorta süresi bittikten sonra da sigortacının rizikoyu taşıma yükümlülüğü sona ermektedir. Bu bakımdan sigortacı, sigorta süresi içerisinde rizikoyu taşımakla yükümlüdür²¹⁵.

TTK madde 1421/1 hükmü, TTK madde 1452/3 gereğince sigorta ettiren ve sigortalı aleyhine değiştirilemeyecek bir düzenlemedir. Bu hükmün aksi, ancak sigorta ettiren ve sigortalı lehine olacak şekilde değiştirilebilir. Aksi şekilde, sigortacı lehine yapılacak değişiklikler geçersiz olacaktır²¹⁶. Bu bakımdan anılan hüküm, nispi emredici niteliktedir²¹⁷.

Sigortacının rizikoyu taşıma yükümlülüğünün, primin veya ilk taksitinin ödenmesiyle başlayacağı kuralının bir diğer istisnası ise, geçmişe etkili sigorta düzenlenmiş olmasıdır²¹⁸. Uygulamada, sağlık sigortası sözleşmesi bakımından, sigorta ettirenin talepte bulunmasından poliçenin düzenlendiği tarihe kadar geçen süreyi de kapsayacak şekilde geçmişe etkili sigorta düzenlenmesi söz konusu olabilmektedir. Bu şekilde, sağlık sigortası sözleşmesinde, TTK madde 1458 gereğince, sigorta korumasının, sözleşmenin yapılmasından önceki bir tarihten başlatılması mümkün olabilmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde sigortacı, sigortalının sigorta süresi içerisinde hastalanması veya kaza sonucu yaralanması rizikosunun gerçekleşmesi durumunda, tedavisi için gerekecek giderleri ve gündelik masrafları teminat altına alır. Bu bakımdan sigortacının rizikoyu taşıma borcu, kapsam ve süre bakımından sınırlıdır. Sigortacının sigorta tazminatı ödeme yükümlülüğünün doğması için öncelikle rizikoyu taşıma yükümlülüğünün yerine getirilmesi gerekir²¹⁹. Rizikonun gerçekleşmesinden önce sigortacının rizikoyu taşıma

²¹⁴ ARSEVEN, Haydar: Sigorta Hukuku Ana Prensipler Genel Hükümler, Güncellenmiş 2. Bası, İstanbul 1991, s. 124.

²¹⁵ KAYIHAN/BAĞCI, s. 187.

²¹⁶ ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s. 98, 99.

²¹⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 188.

²¹⁸ KAYIHAN/BAĞCI, s. 188.

²¹⁹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 186.

yükümlülüğü mevcut iken; riziko gerçekleştikten sonra, sigorta tazminatı/bedeli ödeme borcu doğmaktadır²²⁰.

Sigortacının rizikoyu taşıma yükümlülüğünün kapsamı TTK madde 1409'da düzenlenmiştir. Buna göre: “(1) Sigortacı, sözleşmede öngörülen rizikonun gerçekleşmesinden doğan zarardan veya bedelden sorumludur. (2) Sözleşmede öngörülen rizikolardan herhangi birinin veya bazılarının sigorta teminatı dışında kaldığını ispat yükü sigortacıya aittir”. Bu düzenleme haricinde, rizikoyu taşıma yükümlülüğünün kapsamının belirlenmesi bakımından, Sig. Kanunu madde 11/4 düzenlemesi önem arz etmektedir. İlgili hükme göre ise: “Sigorta sözleşmelerinde kapsam dahiline alınmış olan riskler haricinde, kapsam dışı bırakılmış riskler açıkça belirtilir. Belirtilmemiş olan riskler teminat kapsamında sayılır”.

TTK madde 1409 düzenlemesinde sigortacının rizikoyu taşıma yükümlülüğü, sözleşmede öngörülen riziko ile sınırlandırılmaktadır. Sig. Kanunu madde 11/4'te ise, kapsam dışında bırakılan risklerin sözleşmede açıkça belirtilmemesi hâlinde, bunların kapsam dahilinde sayılacağı ifade edilmektedir. Doktrinde bir görüşe göre, bu iki düzenleme birbiriyle çelişki içerisindedir. Bu görüşe göre, kapsam dışında bırakıldığı belirtilmeyen risklerin kapsam dahilinde sayılması yerine; sigortacının yalnızca sözleşmede öngörülen rizikonun gerçekleşmesinden doğan zarardan sorumlu olması gerekmektedir²²¹.

Kanımızca, özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından bu iki hükmün bir arada uygulanması mümkündür. TTK madde 1409 düzenlemesi, TTK madde 1452/3 gereğince nispi emredici nitelikte olup sigorta ettiren ve sigortalı aleyhine değiştirilememektedir. Bu anlamda, Sig. Kanunu madde 11/4 düzenlemesi sigorta ettiren ve sigortalıyı koruyucu nitelikte bir hükümdür. Teminat dışı kalan hâllerin sözleşmede açıkça belirtilmesi sayesinde, sigorta ettiren/sigortalı teminatın kapsamından haberdar olabilecek ve açıkça belirtilmeyen bir husus var ise sözleşme kapsamında ödeme yapılması gerekecektir. TTK madde 1409/2'de, sözleşmede öngörülen rizikoların kapsam dışında kaldığını ispat külfeti sigortacıya yüklenmiştir. Buna göre, sigortacının ispat yükünü yerine getirebilmesi için Sig

²²⁰ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 212.

²²¹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 217, 218.

Kanunu madde 11/4 düzenlemesi gereği teminat kapsamı dışında bırakılan hâllerin sözleşmede açıkça belirtilmesi gerekmektedir.

Uygulamada sigortacının rizikoyu taşıma yükümlülüğü, özel şartlara konulan muafiyetlerle sınırlandırılabilir. Genel Şartlar ve sigorta şirketlerince düzenlenen özel şartlar gereği birçok hâl ve hastalık teminat dışında bırakılabilir. Özel sağlık sigortası sözleşmesinde, teminat dışı kalan hâller özel şartlarda oldukça kapsamlı şekilde düzenlenmektedir²²². Bu şekilde, herhangi bir hastalığın poliçe teminatları kapsamında olup olmadığı hususunda bir uyuşmazlık çıkması hâlinde sigortacı ispat yükünü kolaylıkla yerine getirebilmektedir.

3.1.1.4. Sigorta tazminatı/bedeli ödeme borcu

3.1.1.4.1. Genel olarak

Riziko gerçekleştiği takdirde zarar sigortalarında sigortacının sigorta tazminatı ödeme borcu doğarken; meblağ sigortalarında poliçede tespit edilmiş olan sigorta bedeli ödenmektedir²²³. Özel sağlık sigortası sözleşmesi, daha önce belirtildiği gibi hem meblağ sigortası hem de zarar sigortası olarak düzenlenebildiğinden; sigorta tazminatı ve sigorta bedeli ifadelerini bir arada kullanacağız.

TTK madde 1514'te her ne kadar "Sigorta değeri" başlığı altında: "*Sigortalının sağlığı, hastalık sigortaları ile meblağ sigortası şeklinde düzenlenen sağlık sigortalarında bir veya birkaç sigortacı tarafından, çeşitli bedellerle sigorta ettirilebilir*" şeklinde düzenleme yapılmışsa da, ilgili madde içeriğinde meblağ sigortası şeklindeki sağlık sigortasında sigorta bedelinin teminat altına alınacağının ifade edilmiş olması sebebiyle sigorta değeri yerine sigorta bedeli ifadesinin kullanılmasının uygun olacağı CAN tarafından ifade edilmektedir²²⁴. Bizce de meblağ sigortası niteliğindeki sağlık sigortasında, sigorta bedeli ifadesinin esas alınması daha isabetlidir.

²²² Detaylı açıklama için bkz. II. Bölüm, 2.3.4. Teminat dışı kalan hâller.

²²³ ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s. 112.

²²⁴ CAN, s. 181.

Sigortacı açısından sigorta tazminatı/bedeli ödeme borcu, asli edim borcu niteliğindedir²²⁵. TTK madde 1409/1 gereğince: “*Sigortacı, sözleşmede öngörülen rizikonun gerçekleşmesinden doğan zarardan veya bedelden sorumludur*”. Buna göre, sigortacının tazminat ödeme borcunun doğması için rizikonun gerçekleşmesi gerekmektedir. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde sigorta ettiren, özel sağlık sigortası sözleşmesinde teminat altına alınan gündelik tazminatlar ile yapmış olduğu masrafları poliçe teminatları ile sınırlı olmak üzere sigortacıdan talep edebilir²²⁶. Sigorta tazminatını/bedelini talep etmek hakkına sahip olan kişi kural olarak sigorta ettirendir. Ancak, sözleşmede sigortalı olarak gösterilen kişi sigorta ettiren değilse; sigorta tazminatını/bedelini talep etme hakkı bu kişiye aittir.

Sigortacının sigorta tazminatını/bedelini ödeme borcunun doğabilmesi için rizikonun; sağlık sigortası sözleşmesinin süresi içinde meydana gelmesi, gerçekleşen rizikonun sağlık sigortası teminatı kapsamında olması ve riziko ile zarar arasında uygun bir illiyet bağının varlığı aranmaktadır²²⁷.

Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde sigortacı tarafından sigortalıya ödeme yapılabilmesi için bazı ön koşulların varlığı gerekmektedir²²⁸. TTK ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 9 gereğince, sigorta ettiren/sigortalı tarafından; rizikonun gerçekleşmesi hâlinde beyan yükümlülüğünün, rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tedaviye başlama gibi koruma önlemleri alma yükümlülüğünün ve gerekli belgelerin teslimi yükümlülüğünün yerine getirilmesi gerekmektedir²²⁹.

3.1.1.4.2. Sigorta tazminatının/bedelinin tespiti

Özel sağlık sigortasının meblağ sigortası niteliğindeki teminatları bakımından, sigortacı, sözleşmede belirlenen tutarı sigorta ettirene/sigortalıya ödemekle yükümlüdür. Ancak, özel sağlık sigortasının zarar sigortası niteliğindeki teminatları bakımından, sigortacı, rizikonun gerçekleşmesi sonucunda sigorta ettiren/sigortalının uğradığı gerçek zararı tespit ederek sigorta tazminatını ödemelidir.

²²⁵ ULAŞ, s. 226.

²²⁶ KARAÜZ/CENKİ, s. 155.

²²⁷ KARABIYIK, s. 54.

²²⁸ ULAŞ, s. 227.

²²⁹ İlgili yükümlülüklerle ilişkin detaylı açıklama için bkz. III. Bölüm, 3.1.2. Sigorta ettirenin borç ve yükümlülükleri.

Rizikonun gerçekleşmesinden sonra sigorta tazminatının tespiti için sigortacı; sigorta ettiren veya sigortalı tarafından sunulan belgeleri inceleyerek, ödenmesi gereken tedavi giderini belirler ve bunu derhâl sigortalıya bildirir. Sigortalı tarafından tutar kabul edilirse, sigorta tazminatı tarafların anlaşması sonucu belirlendiğinden sigorta şirketinin tazminat ödeme borcu o an muaccel olur²³⁰.

Şayet taraflar, teminat altına alınan rizikonun gerçekleşmesi sonucunda sigorta ettirenin/sigortalının yapmış olduğu masraflar ile gündelik tazminatlar hususunda anlaşamazlarsa; Genel Şartların 10. maddesinde²³¹düzenlenen hakem bilirkişi seçimi ile tazminatın belirlenmesi usulüne başvuracaklardır. Taraflar tazminat miktarı konusunda

²³⁰ ULAŞ, s. 228.

²³¹“Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tâbi olmak üzere tesbit edilir.

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

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

d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü,tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli görecekları delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

ı) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

i) Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.”.

anlaşmadıkça, alacak ancak hakem bilirkişi kararı ile muaccel olmaktadır. Hakem bilirkişilerin vereceği kararlar kesin olup, bu karar sözleşmenin taraflarını bağlamaktadır.

Meydana gelen rizikonun teminat kapsamında olup olmadığı ile ilgili uyuşmazlık çıkması hâlinde ise, bu uyuşmazlığın çözümü için mahkemeye başvurulduğu takdirde, ödenmesi gereken sigorta tazminatının da ayrıca hakem-bilirkişi yoluna gidilmeden mahkemece tespit edilmesi gerektiği ULAŞ tarafından ifade edilmiştir²³². Yargıtay'ın bir kararında²³³ da bu görüşe paralel olarak hüküm tesis edilmiştir. İlgili kararda: “(...) *Dairemizce, taraflar arasındaki çekişme, hırsızlığa konu emtialar ile demirbaşların poliçe teminatı kapsamında olup olmadığı ve tazminat miktarı noktalarında toplandığı, hakem-bilirkişi kurumunun, HUMK'nun 287. Maddesinde düzenlenen delil sözleşmesi hükmünde olduğu, hakem bilirkişilerin asli fonksiyonlarının, sigorta ettiren ile sigortacı arasında sigorta tazminatı bakımından bir uyuşmazlık çıktığı takdirde sigorta menfaat değeri ile hasar miktarını belirleme olduğu, somut olayda uyuşmazlığın hırsızlığa konu olduğu iddia edilen elektronik eşyanın demirbaş olup olmadığı, poliçe kapsamına girip girmediği ve çalındığı iddia edilen kumaş emtiasının miktarı noktalarında olduğu, bu durum karşısında, hakem-bilirkişi prosedürünün işletilemeyeceği, iddia ve savunma doğrultusunda taraf kanıtlarının değerlendirilmesi amacıyla, uzman bilirkişi veya bilirkişi kurulundan rapor alınarak sonucuna göre bir karar verilmesi gerekçesiyle bozulmuş, (...)*” şeklinde hüküm tesis edilmiştir.

3.1.1.4.3. Borcun muacceliyet anı ve temerrüt

Sigortacının tazminat/bedel ödeme borcunun muacceliyet anı hususunda TTK madde 1427/2 düzenlemesi dikkate alınmaktadır. Buna göre: “*Sigorta tazminatı veya bedeli, rizikonun gerçekleşmesini müteakip ve rizikoyla ilgili belgelerin sigortacıya verilmesinden sonra sigortacının edimine ilişkin araştırmaları bitince ve her hâlde 1446 ncı maddeye göre yapılacak ihbardan kırkbeş gün sonra muaccel olur. Can sigortaları için bu süre onbeş gündür. Sigortacıya yüklenemeyen bir kusurdan dolayı inceleme gecikmiş ise süre işlemez*”.

Anılan hükme göre, özel sağlık sigortası kapsamında sigorta ettiren rizikonun gerçekleştiğini öğrenince durumu gecikmeksizin sigortacıya bildirmeli ve riziko ile ilgili

²³² ULAŞ, s. 230.

²³³ Yargıtay 11. HD 14.10.2010, E. 2009/2621, K. 2010/10301, [www.legalbank.net, (E.T.: 10.06.2021)].

tüm belgeleri sigortacıya teslim etmelidir. Ancak her hâlde sigortacıya bildirimin yapılmasından itibaren on beş gün sonra sigorta tazminatı ödeme borcu muaccel olacaktır. KENDER’e göre bu sürenin çok kısaltılmış olması uygulamada sorun yaratacaktır²³⁴.

TTK madde 1427/3 hükmü ile anılan süre, kanun koyucu tarafından esnetilmeye çalışılmışsa da borcun muaccel olduğu an bakımından sonuç değişmemiştir. Aksine sigorta şirketine ek bir külfet getirilmiştir. İlgili madde gereğince: “*Araştırmalar, 1446 ncı maddeye göre yapılacak ihbardan başlayarak üç ay içinde tamamlanamamışsa; sigortacı, tazminattan veya bedelden mahsup edilmek üzere, tarafların mutabakatı veya anlaşmazlık hâlinde mahkemece yaptırılacak ön ekspertiz sonucuna göre süratle tespit edilecek hasar miktarının veya bedelin en az yüzde ellisini avans olarak öder*”. Madde gerekçesinde, menfaatler dengesinin korunması bakımından gerekli evrakların sigorta ettiren veya sigortalı tarafından sigortacıya zamanında veya hiç verilmemesi gibi bir sebeple sigortacıya yüklenemeyen nedenlerden dolayı incelemeler tamamlanamamışsa, bu sürelerin işlemeyeceği belirtilmiştir²³⁵. Bu sürelerin işlemeyeceği her ne kadar gerekçede belirtilmişse de madde hükmünde buna ilişkin hiçbir ibare bulunmamaktadır. Bu hâlde sürecin geç tamamlanması yalnızca sigortalıya avans ödenmesi mecburiyetini getirmekte; ancak, tazminat ödeme borcu, her hâlde bildirimin yapılmasından itibaren on beş gün sonra muaccel olmaktadır. Bu şekilde TTK madde 1427/3 gereğince, sigortacı herhangi bir ihtar gönderilmesine gerek olmaksızın temerrüde düşmekte ve temerrüt faizi ödemekle yükümlü olmaktadır.

Yargıtay’ın bir kararında²³⁶ temerrüt faizine ilişkin olarak şu şekilde hüküm kurulmuştur: “(...) *Bu sebeple usulüne uygun bir başvuru yapıp yasada belirlenen süre dolmadan trafik sigortacısı bakımından alacağın muacceliyetinden ve dolayısıyla temerrüdünden söz edilemez. Bu durumda mahkemece davacı tarafın davalı sigorta şirketine davadan önce ihbarda bulunup bulunmadığının tesbiti ile davadan önce ihbar var ise anılan maddeye göre davalı sigorta şirketinin temerrüt tarihinin belirlenmesi, ihbar bulunmadığı takdirde davalı sigorta şirketinin bu dava ile temerrüde düştüğünün kabulü ile dava tarihinden itibaren temerrüt faizine karar verilmesi gerekirken yazılı olduğu biçimde eksik*

²³⁴ KENDER, s. 328.

²³⁵ Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 436.

²³⁶ Yargıtay 17. HD. 14.11.2012, E. 2011/9399, K. 2012/12504, [www.legalbank.net, (E.T.: 19.08.2021)].

incelemeye davalı olarak olay tarihinden itibaren faizle sorumlu tutulması doğru görülmemiştir”.

Sigorta tazminatı/bedeli ödeme borcunun muaccel olmasının bir diğer sonucu da TTK madde 1420’de hüküm altına alınan iki yıllık zamanaşımının işlemeye başlayacak olmasıdır²³⁷. TTK madde 1420 gereğince: *“Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler, alacağın muaccel olduğu tarihten başlayarak iki yıl ve 1482 nci madde hükmü saklı kalmak üzere, sigorta tazminatına ve sigorta bedeline ilişkin istemler her hâlde rizikonun gerçekleştiği tarihten itibaren altı yıl geçmekle zamanaşımına uğrar”*. Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 16. maddesinde de sigorta sözleşmesinden doğan tüm istemlerin iki yıllık zamanaşımı süresine tâbi olduğu düzenlenmiştir.

3.1.1.5. Giderleri ödeme borcu

Sigortacının sigorta tazminatı/bedeli ödeme borcunun yanında, TTK madde 1426 gereğince giderleri ödeme borcu da bulunmaktadır. İlgili maddenin birinci fıkrası gereğince: *“Sigortacı, sigorta ettiren, sigortalı ve lehtar tarafından, rizikonun, tazminatın veya bedel ödeme borcunun kapsamının belirlenmesi amacıyla yapılan makul giderleri, bunlar faydasız kalmış olsalar bile, ödemek zorundadır”*. Buna göre, özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından da sigortalı tarafından yapılan makul giderlerin sigortacı tarafından ödenmesi gerekmektedir. Genel Şartlar madde 10’da ise, makul giderlerin kapsamına nelerin girmeyeceği belirtilmiştir. Buna göre sigortacı, işin esası gereği yapılmasına gerek bulunmayan giderler ile özel bir anlaşmaya dayanan ve makul tutarın üzerindeki talepler ile poliçe özel şartlarına aykırı harcama taleplerini karşılamakla yükümlü değildir. Ancak TTK madde 1426 düzenlemesinin, TTK madde 1452/3 hükmü gereğince emredici nitelikte olduğu²³⁸ dikkate alınarak özel şartlarda bu hükme aykırı düzenlemelere yer verilmemelidir.

3.1.1.6. Sır saklama yükümlülüğü

Sigorta ettiren sağlık sigortası sözleşmesinin kurulması aşamasında, sigortacı tarafından düzenlenen teklifnamede veya bilgilendirme formunda yer alan soruları

²³⁷ AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 192.

²³⁸ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 223.

yanıtlarken, kişisel bilgilerini sigortacıya bildirmektedir²³⁹. Sigortacı sağlık sigortası sözleşmesi sebebiyle öğrendiği sırları saklamakla yükümlüdür. Bu yükümlülük, sözleşmenin kurulmamış olması hâlinde de mevcuttur²⁴⁰.

Sigortacının sır saklama yükümlülüğünün dayanağı 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu²⁴¹ (TMK) olmakla beraber, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 16. maddesinde "Bilgilerin Gizliliği" başlığı altında ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarının 13. maddesinde sigorta şirketinin; sigortalının sağlık bilgilerini, geçmiş sigorta kayıtlarını ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkili kılınan makamlar dışında, sigortalının muvafakati olmadan hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremeyeceği düzenlenmiştir. Bu sözleşmenin düzenlenmesi ile sigortalı hakkındaki sırlardan haberdar olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, sır saklama yükümlülüğü altındadır.

Ayrıca Sig. Kanunu'nun "Sır Saklama Yükümlülüğü" başlıklı 31/A maddesinin 1. fıkrası gereğince: *"Bu Kanunun uygulanmasında ve uygulanmasının denetiminde görev alanlar, bu Kanuna tâbi kuruluşların görevlileri ve yetkilileri, bu Kanuna tâbi kişiler ile bunların yanında çalışanlar ve dışarıdan hizmet alımı yoluyla sigortacılık sektöründe iş görenler, sıfat ve görevleri dolayısıyla öğrendikleri bu Kanun kapsamında faaliyet gösteren kişi ve kuruluşlar ile bunların iştirakleri, kuruluşları ve sigorta sözleşmesi ile ilgili kişilere ait sırları bu konuda kanunen açıkça yetkili kılınan mercilerden başkasına açıklayamaz, kendilerinin veya başkalarının yararlarına kullanamaz. Bu yükümlülük söz konusu sıfat ve görevlerin sona ermesinden sonra da devam eder"*. İlgili madde gereğince, sır saklama yükümlülüğünün ihlali hâlinde Sig. Kanunu kapsamında sorumlular, adli ve idari para cezası ile cezalandırılacaktır.

Sig. Kanunu'na tâbi kişi ve kuruluşlar bakımından sır saklama yükümlülüğünün istisnası ise, Sig. Kanunu madde 31/A'nın 2. fıkrasında düzenlenmiştir. Buna göre: *"Ancak, gizlilik sözleşmesi yapılması ve sadece risk değerlendirmesi amacıyla kullanılmak üzere sigorta şirketi, reasürans şirketi ve emeklilik şirketlerinin kendi aralarında doğrudan doğruya ya da Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi vasıtasıyla yapacakları her türlü bilgi ve belge alışverişi sırasında sigorta şirketi, reasürans şirketi ve emeklilik şirketlerine ya da*

²³⁹ ULAŞ, s. 226.

²⁴⁰ ÜNAN, Samim: Hayat Sigortası Sözleşmesi, İstanbul 1998, s. 176. (Hayat Sigortası)

²⁴¹ RG. 08.12.2001, S. 24607.

sigorta sözleşmesi ile ilgili kişilere ait, yanlış sigorta uygulamaları dâhil, sır niteliğindeki bilgilerin öğrenilmesi ve paylaşımı sır saklama yükümlülüğü dışındadır”.

Sigorta ettiren ve sigortalıya ilişkin sırların açıklanması kişilik haklarına saldırı niteliğinde olup, sigortacı aleyhine TMK madde 24/1 gereğince hukuki yollara başvurmak mümkündür. Genel şartlardaki düzenleme gereğince de sigorta ettiren veya sigortalı, sırların açıklanması hâlinde sözleşmesel borç gereği bundan doğan zararının tazminini isteyebilir. Ayrıca manevi tazminat talep etmek hakkı da saklıdır²⁴².

Sigorta şirketinin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu²⁴³ (KVKK) ve ilgili mevzuat kapsamında da sır saklama yükümlülüğü bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası sözleşmesinde sigortacı, sigortalıların açık rızasıyla onların sağlık bilgilerine erişebilmektedir. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik²⁴⁴’in 5. maddesinin 4. fıkrasında “*Kişisel sağlık verilerini işleyen veya görevi gereği kişisel sağlık verilerine erişen herkes, bu verilerle ilgili olarak sır saklama yükümlülüğü altındadır*”, denilmek suretiyle sigorta şirketlerini de kapsayacak şekilde sır saklama yükümlülüğü açıkça düzenlenmiştir²⁴⁵.

3.1.2. Sigorta ettirenin borç ve yükümlülükleri

3.1.2.1. Prim ödeme borcu

Sigorta sözleşmesinde prim ödeme borcu, bu sözleşmenin esaslı unsurlarından olup sigorta ettirenin asli edim borcudur²⁴⁶. Sigortacının üstlendiği sigorta güvencesi sağlama borcuna karşılık, sigorta ettiren de prim ödeme borcunu yüklenmektedir²⁴⁷.

²⁴² ÜNAN, *Hayat Sigortası*, s. 176.

²⁴³ RG. 07.04.2016, S. 29677.

²⁴⁴ RG. 20.10.2016, S. 29863.

²⁴⁵ ÖZCAN, Serpil: “*Sigorta Hukuku Bağlamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması*”, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), İstanbul 2018, s. 32, 33.

²⁴⁶ KAYIHAN, Şaban: “*Alman ve Türk Sigorta Hukukuna Sigorta Ettirenin Kurtarma Ödevi*”, AÜHFD, Y. 2005, C. IX, S. 1-2, s. 513.

²⁴⁷ ÜNAN, *Hayat Sigortası*, s. 109.

3.1.2.1.1. Prim miktarının tespiti

TTK madde 1430/1’de “sigorta ettirenin sözleşmede kararlaştırılan primi ödemekle yükümlü olduğu” hüküm altına alınmıştır. Sig. Kanunu’nun 12. maddesinde ise prim miktarının tespitinde esas alınan tarifelere ilişkin hüküm düzenlenmiştir. Buna göre: “(1) Sigorta tarifeleri, sigortacılık esasına ve genel kabul görmüş aktüeryal tekniklere uygun olarak sigorta şirketleri tarafından serbestçe belirlenir. Ancak, bu Kanuna ve diğer kanunlara göre ihdas edilen zorunlu sigortaların teminat tutarları ile tarife ve talimatları Bakan tarafından tespit olunur ve Resmî Gazetede yayımlanır. (2) Bakan, gerek görülen hâllerde hayat, bir yıldan uzun süreli ferdî kaza, sağlık, hastalık ve ihtiyarî deprem sigortaları tarifeleri ile prim, formül ve cetvellerinin uygulamaya konulabilmesini Müsteşarlığın onayına tâbi kılabilir veya özel kanunlardaki hükümler saklı kalmak kaydıyla gerekli görülen hâllerde, tespit ve ilan ettiği aracılık komisyonlarını, tasdike tâbi kıldığı veya tespit ettiği her türlü tarifeyi serbest bırakabilir”.

Anılan düzenlemede her ne kadar primlerin tespitinde kural olarak serbestlik ilkesi benimsenmişse de zorunlu sigortalar istisna tutulmuştur. Ayrıca, bir yıldan uzun süreli düzenlenen özel sağlık sigortaları bakımından, Hazine ve Maliye Bakanı, gerekli gördüğü durumlarda, prim miktarının belirlenmesine ilişkin formül ve cetvellerin uygulanmasını Hazine ve Maliye Bakanlığı’nın onayına sunabilecektir²⁴⁸.

Prim, sigortacının yükümlülüğünün peşin değeri ile sözleşme giderlerini içermektedir. Prim hesabı, aktüer tarafından matematik ve istatistik bilimi kullanılarak yapılmaktadır²⁴⁹. Sigortacılık tekniği gereğince prim, iki kısımdan oluşmaktadır. Bunlar; esas rizikonun karşılığını oluşturan safi prim ve sigorta işlemleri için yapılacak sözleşme, poliçe basımı, prim tahsiline ilişkin aracı komisyonları, kira, damga vergisi, personel giderleri ve gider vergisi gibi kalemleri içeren idari masraflardır. Bu iki kalemin bir araya gelmesiyle gayri safi prim adı verilen, sigorta ettirene yansıtılan prim elde edilmektedir. Sağlık sigortası

²⁴⁸ KAYIHAN/BAĞCI, s. 210.

²⁴⁹ KABUKÇUOĞLU ÖZER, Dilek: Mukayeseli Hukukta ve Uygulamada Hayat Sigortası, BTHAE Yayınları, Ankara 2005, s. 211.

sözleşmesi bakımından prim hesabında sigortalının yaşı, sağlık durumu, geçmiş ya da mevcut hastalıkları gibi hususlar prim miktarına etki etmektedir²⁵⁰.

3.1.2.1.2. Prim borcunu ödeme şekli

Sigorta primi kural olarak peşin ödenir. Ancak prim borcunun taksitli şekilde ödenebileceği de kararlaştırılabilir²⁵¹. Sigorta prim borcunun para ile ödenmesi esastır ve para borcu dışında, mal karşılığında prim borcunun ödeneceğinin sigorta sözleşmesinde kararlaştırılması mümkün değildir²⁵².

TTK madde 1430/2’de, ilk taksitin nakit olarak ifa edilmesi şartıyla sonraki primler için kambiyo senedi verilmesinin mümkün olduğu ve ödemenin senet bedelinin tahsili ile gerçekleşeceği hüküm altına alınmıştır. Anılan düzenleme ile sonraki taksitler için poliçe, bono veya çek düzenlenmiş olması hâlinde, bu senetlerin tahsil edildiği anda ödemenin yapılmış sayılacağı konusu açıklık kazanmış bulunmaktadır²⁵³. Ancak Yargıtay’ın yerleşik içtihatlarında²⁵⁴ da kabul edildiği üzere, sigortacı senetle primin ödeneceğini kabul ettikten sonra, henüz bu senet tahsil edilmeden riziko gerçekleşirse; sigortacı, primin ödenmemesi sebebiyle sorumluluğunun başlamayacağı savunmasında bulunamamaktadır²⁵⁵. Ancak kural olarak sigortacının, sorumluluğunun başlamadığı dönemde rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, bundan sorumlu olması mümkün değildir. Sigortacının sorumlu tutulabilmesi için TTK madde 1421 gereğince primin veya ilk taksitinin ödenmesi gerekir²⁵⁶.

Ayrıca, prim borcu nakden ödenebileceği gibi günümüz teknolojilerine uygun olarak kredi kartı, banka kartı, havale/eft yoluyla ödenebilecektir²⁵⁷.

²⁵⁰ OLGAÇ, Furkan: “Hayat Sigortalarında Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Borcu”, THD, Y. 2015, C. X, S. 110, s. 106.

²⁵¹ BOZER, s. 238.

²⁵² KAYIHAN, Şaban: Sigorta Sözleşmesinde Prim Ödeme Borcu, Seçkin Yayınevi, Ankara 2004, s. 162. (Prim Ödeme Borcu); AYLI, Ali: Zarar Sigortalarında Prim Ödeme Borcu, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2003, s. 7.

²⁵³ ARAL ELDELİKLİOĞLU, İrem: “6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu Uyarınca Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Borcu”, İTİCUSBD, Y. 2011, C. II, S. 22, s. 206. (Prim Ödeme Borcu).

²⁵⁴ Yargıtay HGK 20.12.1995, E. 1995/11-935, K. 1995/1137, [www.legalbank.net, (E.T.: 25.08.2021)].

²⁵⁵ ÇEKER, s. 105.

²⁵⁶ SEVEN, Vural: “Sigorta Priminin Rizikonun Gerçekleşmesinden Sonra Tahsil Edilmesinin Sonuçları”, DEÜHFD, Y. 2010, C. XI, S. 2009, s. 1275.

²⁵⁷ KAYIHAN, Prim Ödeme Borcu, s. 170 vd.

3.1.2.1.3. Prim borcunu ödeme zamanı

TTK madde 1431/1'e ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 8'e göre, primin peşin ödeneceği kararlaştırılmışsa tamamının, taksitli olarak ödeneceği sözleşmede belirlenmişse ilk taksitin, sözleşmenin yapıldığı ve poliçenin teslim edildiği an ödenmesi gerekmektedir. İlgili hükme göre, sigorta ettirenin prim ödeme borcu, sigortacının kendisine poliçeyi teslim ettiği andan itibaren muaccel hâle gelecektir²⁵⁸. Taraflarca aksi belirlenmedikçe, prim veya ilk taksitinin ödenmemesi hâlinde poliçe sigortacı tarafından teslim edilmiş olsa bile sigortacının sorumluluğu başlamamaktadır; ayrıca bu husus poliçenin ön yüzünde belirtilmelidir²⁵⁹. TTK madde 1452 gereğince nispi emredici nitelik taşıyan bu düzenleme sigorta ettiren ve sigortalı aleyhine değiştirilememektedir. Primin poliçenin tesliminden önce muaccel olacağı kararlaştırılmaz; ancak primin daha sonraki bir tarihte ödeneceği kararlaştırılabilir²⁶⁰.

Primin taksitle ödeneceğinin kararlaştırılması hâlinde, taksitlerin kesin olarak ödeneceği tarih, miktarı ve ödeme tarihinde ödenmemesi durumunda bunun sonuçları poliçeye yazılır veya poliçe ile yazılı şekilde sigorta ettirene bildirilir. TTK madde 1431/2 ve Genel Şartlar madde 8 gereğince, taksitle ödeme hâlinde taksitlerin miktarı, kesin vadeleri ve vadede ödenmeme hâlinde sonuçlarının poliçede açıkça yazılmış olması bir zorunluluktur²⁶¹.

Prim borcunun muacceliyeti ile ilgili bir diğer düzenleme TTK madde 1431/3'te yer almaktadır. Buna göre: “*Sigorta priminin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hâllerde, riziko gerçekleşince, ödenecek tazminata veya bedele ilişkin primlerin tümü muaccel olur*”.

3.1.2.1.4. Prim borcunu ödeme yeri

TTK madde 1432'de prim borcunun ödeme yeri şu şekilde düzenlenmiştir: “*Sigorta primi, sigorta ettirenin, sözleşmede gösterilen adresinde ödenir. Sözleşmede başka bir*

²⁵⁸ KARAÜZ/CENKİ, s. 147.

²⁵⁹ ÇEKER, s. 109.

²⁶⁰ ARSEVEN, s. 122.

²⁶¹ ULAŞ, s. 224.

ödeme yeri gösterilmiş olmasına rağmen, sigorta primi fiilen sigorta ettirenin gösterdiği adreste ödenegelmekte ise, bu ödeme yerine ilişkin söz konusu şart yok sayılır”.

Anılan hüküm ile TBK madde 89’da düzenlenen para borcunun alacaklının ikametgâhında ödenmesine ilişkin genel kuralın aksine, borcun sigorta ettirenin ikametgâhında ödeneceği düzenlenmiştir. Kanun koyucu tarafından amaçlanan, sigorta ettirene kolaylık sağlamaktır. Ayrıca, bu kuralın aksinin taraflarca kararlaştırılması mümkündür. Ancak, bu kuralın aksine prim borcunun sigortacının veya acentesinin ikametgâhında ödeneceği kararlaştırılmış olmasına rağmen, prim, sigorta ettirenin adresinde tahsil edilmekte ise kararlaştırılan kural yok sayılacaktır²⁶².

3.1.2.1.5. Prim ödeme borcunda temerrüt ve sonuçları

TTK’nın “Temerrüt” başlıklı 1434. maddesinde, 1431. maddeye göre talep edilen primin ödenmemesi hâlinde; sigorta ettirenin mütemerrit olacağı hüküm altına alınmıştır. Pimin ödenmemesi veya geç ödenmesi, sigortacının sözleşmeyi feshetmesine veya sözleşmeden caymasına sebebiyet vermektedir. TTK madde 1434/2 gereğince: *“İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur”.*

Sigortacının fesih hakkı ise, sigorta ettiren tarafından ilk taksit borcunun ifa edilmesine rağmen izleyen taksitlerin ifa edilmemesi hâlinde doğmaktadır²⁶³. TTK madde 1434/3 gereğince: *“İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır”.*

²⁶² KAYIHAN/BAĞCI, s. 212.

²⁶³ ÇEKER, s. 111.

15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu²⁶⁴ ile yapılan değişiklik ile Genel Şartların 8. Maddesi, TTK madde 1434 düzenlemesine paralel olarak değiştirilmiştir. Değişikliğe uğramadan önce yürürlükte bulunan Genel Şartların 8. maddesindeki, prim borcunun ifa edilmemesi hâlinde sigorta sözleşmesinin hiçbir ihtar gönderilmeksizin feshedilmiş olacağı yönündeki düzenlemeye esas olan 537 sayılı KHK ile düzenlenen eTTK madde 1297/2 hükmü, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir²⁶⁵.

TTK öncesinde söz konusu boşluğun, eTTK madde 1264/1 düzenlemesi gereğince TBK’da düzenlenen temerrüt hükümlerinin uygulanması yoluyla doldurulması gerektiği konusunda doktrinde görüş birliği vardı²⁶⁶.

Nitekim, Yargıtay’ın 2001 tarihli bir kararında²⁶⁷: “*Prim taksitlerinin zamanında yatırılmaması hâlinde sigortacıya ihbarsız fesih hakkı tanıyan 537 sayılı KHK ile değişik TTK.m.1295/2 ve 1297/2 maddeleri Anayasa Mahkemesi’nin 11.03.1997 gün ve 24-35 sayılı kararı ile 07.10.1997 tarihinin altı ay sonrasından itibaren yürürlükten kalkmıştır. Davaya konu poliçe ve riziko tarihleri itibarıyla anılan düzenlemelerin yürürlükte olmadığı kuşkusuzdur. Bu durumda iptal edilen yasa hükümlerine dayanılarak yapılan sigorta genel şartlarının da uygulanabileceğinden söz edilemez. Kanun koyucu tarafından iptal edilen yasa maddeleri yerine yenileri getirilmediğine bu durumda temerrüde dayalı fesih hâli ile ilgili özel bir düzenleme bulunmadığına göre borçlunun temerrüdü nedeniyle sözleşmenin feshinde uygulanabilecek hükümlerin Borçlar Hukuku’ndaki düzenlemelerde aranması gerekecektir*” şeklinde hüküm tesis edilmiştir²⁶⁸. Yine benzer şekilde özel şartlarda düzenlenen ihtarsız feshe ilişkin ibarelerin de geçersiz olacağı Yargıtay’ca kabul edilmekteydi²⁶⁹.

²⁶⁴Hazine Müsteşarlığı’nın 15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu için bkz.

[https://tsb.org.tr/media/attachments/Sag1%C4%B1k_Sigortas%C4%B1_Genel_Sartlar%C4%B1nda_Yap%C4%B1lan_Degisiklige_Iliskin_Sektor_Duyurusu_2016-12.pdf, (E.T.: 07.11.2021)].

²⁶⁵ Bu kararname AYM’nin 11.03.1997 tarih ve 1997/24-35 sayılı kararı ile iptal edilmiştir. RG. 16.10.1997, S. 23142.

²⁶⁶ AYLİ, s. 181.

²⁶⁷ Yargıtay 11. HD 09.10.2001, E. 2001/6832, K. 2001/7576, [www.legalbank.net, (E.T.: 23.09.2021)].

²⁶⁸ ARAL ELDELİKLİOĞLU, *Prim Ödeme Borcu*, s. 216.

²⁶⁹ “Yargıtay iptal edilen bir kanun maddesinin aynı içerik ile sözleşmelerde yer almasını hukuka aykırı bulmaktadır. Özel şart adı altında sözleşmelerde yer alan bu hüküm gereğince sigorta ettirenin borcunu zamanında ifa etmemesi hâlinde iki sonuç ortaya çıkmaktadır: İhtarsız temerrüde düşülmesi ve sözleşmenin kendiliğinden fesih olması”. AKALP DEMİRTABAK, Didem: “Yargıtay Hukuk Genel Kurulu’nun 9.2.2005 Tarihli Kararının İncelenmesi”, İÜHF, Y. 2008, C. LXVI, S.1, s. 333’ten naklen.

Yürürlükteki Genel Şartlar düzenlemesi ile, prim borcunun ifa edilmemesi hâlinde ihtarsız fesih imkânı ortadan kaldırılmış bulunmaktadır. Genel Şartlar madde 8 hükmü, TTK madde 1434 doğrultusunda düzenleme altına alınmış; sonraki primlerin ödenmemesi durumunda fesih hakkı ve prim ödeme borcunda temerrüt hâlinde sigortacıya tanınan cayma hakkı bakımından TTK ve Genel Şartlar arasında yeknesaklık sağlanmış bulunmaktadır²⁷⁰.

3.1.2.2. Beyan yükümlülüğü

Sigorta ettirenin beyan yükümlülüğü TTK madde 1435 ilâ 1446'da ayrıntılı olarak düzenlenmektedir. Buna göre sigorta ettirenin; sözleşmenin kuruluşu aşamasında, sözleşme süresi içerisinde ve rizikonun gerçekleşmesinden sonra, olacak şekilde üç aşamalı beyan yükümlülüğü bulunmaktadır.

3.1.2.2.1. Sözleşmenin kuruluşu aşamasındaki beyan yükümlülüğü

İlk olarak, sigorta ettirenin sözleşmenin kuruluşu aşamasında beyan yükümlülüğü bulunmaktadır. TTK madde 1435'e göre: "*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*".

Doktrinde kabul edilen hakim görüşe göre²⁷¹, beyan edilmesi gereken bir hususun önemli olup olmadığının tespitinde nesnel ölçütler esas alınmalıdır. Öyle ki, farklı sigortacıların aynı şartlar altında neyi esas alacakları göz önüne alınarak, bir hususun önemli olup olmadığı tespit edilmelidir. Sigorta ettiren veya sigortalı tarafından bildirilmemiş olan hususa rağmen, o hususun objektif olarak önemli olmadığının ölçüsü, diğer sigortacıların aynı şartlar altında bir sigorta sözleşmesi akdedip akdetmeyecekleridir²⁷². Ancak, doktrinde söz konusu tespitin öznel ölçütlere göre yapılması gerektiği görüşü de mevcuttur. Buna göre,

²⁷⁰ Sigorta ettirenin prim ödeme borcunda temerrüdünün sonuçları hakkında detaylı açıklamalar için bkz. IV. Bölüm, 4.1.4.1.2. Sonraki primlerin ödenmemesi durumunda ve 4.1.7.2.1. Prim ödeme borcunda temerrüt hâlinde sigortacıya tanınan cayma hakkı.

²⁷¹ ÖZTAN, Fırat: Sigorta Akdinin İnikadında İhbar Mükellefiyeti, BTHAE Yayınları, Ankara 1965, s. 40.

²⁷² ÖZTAN, s. 39, 40.

bir durumun “önemli” sayılıp sayılmadığı, sigortacının, yanlış veya eksik olarak verilen bilgiye rağmen sözleşmeyi yine de düzenleyip düzenlemediği veya düzenleme ihtimalinin bulunup bulunmadığına göre belirlenir;ancak, öznel ölçütlerin kullanılması bazı sakıncalara da sebep olabilecektir. Bunlardan en önemlisi, ispata ilişkindir. Uyuşmazlık hâlinde, herhangi bir durumun önemli sayılıp sayılmadığının ispatına yarar delilleri sigortacı ortaya koyar. Bunun aksini ise, sigorta ettiren ispatlamalıdır. Ancak, bu ispat yükünü sigorta ettirene yüklemek, zaten zayıf konumdaki sigorta tüketicisi olan sigorta ettireni zorlayacak bir durumdur²⁷³.

Bir başka görüşe göre ise, sigorta ettiren kasten beyan yükümlülüğünü ihlal etmiş olsa da sigorta ettirenin amacı, önemli olduğunu bildiği bir hususu sigortacıdan saklayarak onu sözleşme akdetmeye zorlamak olmayabilir. Sigorta ettirenin kasıtlı ve bilinçli şekilde yanlış cevap vermesi veya hiç beyanda bulunmaması, kasıt için yeterli değildir. Burada önemi olan husus, sigorta ettirenin öznel anlamda şayet sigortacı beyan edilmeyen durumdan haberdar olsaydı, sigortacının sözleşme akdetmeyecek veya farklı koşullarda akdedecek olduğunu bilmesi ve bu yönde bir iradesi olmasıdır²⁷⁴.

Kanımızca, öznel ölçütlerin esas alınması ispat külfeti açısından çeşitli zorluklar doğuracaktır. Bu bakımdan en doğru yöntem bir hususun önemli olup olmadığının nesnel ölçütler esas alınarak tespit edilmesidir²⁷⁵.

Sağlık sigortası sözleşmesinde sözleşmenin kuruluşu aşamasında beyan yükümlülüğünü yerine getirmek görevi sigorta ettirene aittir. Ancak, sözleşmenin üçüncü bir kişi lehine düzenlenmesi hâlinde; yani sigorta ettiren ve sigortalının farklı kişiler olması durumunda, sigortalının sözleşme öncesi beyan yükümlüsü olup olmayacağı sorunu karşımıza çıkmaktadır²⁷⁶.

²⁷³ ÖZTAN, s. 38, 39.

²⁷⁴ ERBAŞ AÇIKEL, Aslıhan: “Sigorta Ettirenin Sözleşme Öncesi Beyan Yükümlülüğünün İhlali Hâlinde Sigortacının Sahip Olduğu Haklarla İlgili Bazı Sorunlar”, BATİDER, Y. 2019, C. XXXV, S. 2, s. 160.

²⁷⁵ Benzer görüş için bkz. HACİÖMEROĞLU, Oğuzhan: “Sigorta Sözleşmelerinin Kuruluş Safhasındaki Sigorta Ettirenin Beyan Yükümlülüğünün Culpa In Contrahendo Sorumluluğu Açısından Değerlendirilmesi”, TFM, Y. 2015, C. I, S. 2, s. 56.

²⁷⁶ ŞEKER ÖĞÜZ, Zehra: Türk Ticaret Kanunu ve Türk Ticaret Kanunu Tasarısına Göre Sigorta Sözleşmelerinde Sözleşme Öncesi İhbar Görevi, Filiz Kitabevi, İstanbul 2010, s. 58, 59.

Kural olarak, üçüncü kişi aleyhine sözleşme yasağı gereğince bir kişiye tarafı olmadığı sözleşmeden dolayı borç yükletilmesi söz konusu değildir²⁷⁷. Ancak, başkası lehine düzenlenebilen sağlık sigortası sözleşmesinde, sigortalının beyan yükümlüsü olduğu kararlaştırılabilir. Esasen yükümlülüklerin yerine getirilmesi borç niteliğinde değildir ve edimden yararlanabilmek adına, üçüncü kişinin sözleşmesel borcunu ifa etmesi mümkündür. Bu durumda, sigortalının beyan yükümlüsü olabilmesi için sözleşmenin kurulacağından haberdar olması ve bildirimin yapılacağı dönemde kimliğinin belirlenebilir olması gerekmektedir²⁷⁸.

Nitekim, TTK madde 1412 düzenlemesi gereğince, sigortadan haberdar olması şartı ile sigortalı da sözleşmesel yükümlülüklerden sorumlu olacaktır²⁷⁹. İlgili hükme göre: *“Kanunda 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 alınır”*. Ayrıca, Sağlık Sigortası Genel Şartlarının “Sigorta Ettirenin Beyan Yükümlülüğü” başlıklı 6. maddesinde de sigorta ettiren ve sigortalı ibareleri bir arada kullanılmış ve her ikisi bakımından da beyan yükümlülüğü düzenlenmiştir. Bu bakımdan biz de her ikisini kapsayacak şekilde sigorta ettiren/sigortalı ifadesini kullanacağız.

Sağlık sigortası sözleşmesinin kuruluşu aşamasında, sigorta ettiren ve/veya sigortalının sağlık durumu hakkında gerçeğe uygun beyanda bulunması rizikonun ve prim miktarının tayini açısından önem arz etmektedir²⁸⁰. Prim ile güvence altına alınan riziko arasında uygunluğun sağlanabilmesi için, sigortacının riziko konusunu doğru bir şekilde tayin etmesine yarayacak bilgileri edinmesi gerekmektedir²⁸¹.

Sigorta ettirenin/sigortalının beyan yükümlülüğünü yerine getirmesinde üç farklı yöntem bulunmaktadır. Bunlar; sigorta ettirenin/sigortalının sağlık durumuna ilişkin geçmiş bilgilerini kendiliğinden sigortacıya beyan ettiği beyan usulü, sigorta ettirenin sigortacının

²⁷⁷ OĞUZMAN/ÖZ, s. 826, 827.

²⁷⁸ ŞEKER ÖĞÜZ, s. 59, 60.

²⁷⁹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 223.

²⁸⁰ BOZER, s. 236.

²⁸¹ KENDER, s. 247.

kendisine verdiği listedeki soruları yanıtlarak yükümlülüğünü yerine getirdiği liste usulü ve bu iki yöntemin bir arada uygulandığı karma sistemdir²⁸².

Beyan usulü, sigorta ettirenin riziko konusuna ilişkin tüm bildiklerini sigortacıya aktarmasıdır. Sigorta ettiren, rizikonun ortaya çıkma ihtimalini etkileyebilecek tüm hususlara ilişkin olarak sigortacıyı bilgilendirmelidir. Aksi takdirde, beyanda bulunmamasının ya da eksik beyanda bulunmasının sonuçlarıyla karşılaşması gerekir²⁸³. Ancak sigorta ettiren/sigortalı ne kadar iyiniyetli olursa olsun, prim ve riziko açısından sigortacı için önem teşkil edecek hususları tespit etmekte güçlük yaşayabilir²⁸⁴. Hatta bazı durumlarda sigorta ettiren/sigortalı önemli hususu bilmesine rağmen, sigortacı için önem taşımayacağını zannederek sigortacıya bildirmeyebilir. Bu hâlde ise sigortalının sigorta menfaatinden yararlanamama durumu ortaya çıkabilir²⁸⁵.

Bir diğer yöntem olan liste usulünde, sigorta ettiren, sigortacının verdiği listedeki soruları cevaplandırır. Liste usulünde sigorta ettirenin, liste hâlinde sunulan soruları yanıtlamak dışında, rizikoya ilişkin diğer önemli konuları araştırma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bu bakımdan liste usulü, sigorta ettirenin menfaatine olmaktadır. Liste usulü, sigortacı açısından da ispat külfetini kolaylaştırması bakımından daha faydalıdır. Beyan usulünde, sigorta ettirenin beyan yükümlülüğünü yerine getirmediğinin sigortacı tarafından ispatı çok zordur. Oysa liste usulünde, sigorta ettiren tarafından yanıtlanan soru listesi sayesinde hiç beyan edilmeyen, eksik veya yanlış beyan edilen hususların kolaylıkla ispatı mümkündür. Ancak, sigorta ettiren tarafından soruların bazılarına yanıt verilmemesine rağmen sözleşme akdedilmişse, sigortacı bakımından bu yanıt verilmeyen soruların önemsiz olduğu sonucuna varılmaktadır²⁸⁶.

Üçüncü yöntem ise karma usuldür. Liste ve beyan usulünün yararları ve sakıncaları, bu iki usulün bir arada kullanılmasını gerektirmiştir. Nitekim, uygulamada liste ve beyan usulünün çoğunlukla bir arada bulunduğu görülmektedir. Bir arada uygulama, beyan usulüne başvurulduğu hâllerde, sigortacının, sigorta ettirenin verdiği bilgilerle yetinmemesi ve ayrıca kendisine bazı konularda soru yöneltmesi; liste usulüne başvurulduğu hâllerde ise, soru

²⁸² GÜLMEZ, Merve: “*Sigorta Sözleşmelerinde Sigorta Ettirenin Beyan Yükümlülüğü*”, KTO Karatay Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), Konya 2019, s. 63.

²⁸³ ÖZTAN, s. 74.

²⁸⁴ ÖZTAN, s. 75.

²⁸⁵ HACİÖMEROĞLU, s. 58.

²⁸⁶ HACİÖMEROĞLU, s. 59; ÖZTAN, s. 76, 77.

listesinde yer almasa dahi, bildiği önemli hususları beyan etmek külfetinin sigorta ettirene yüklenmesi şeklindedir²⁸⁷.

TTK madde 1436'da usul şu şekilde düzenlenmiştir: *“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. 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”*.

TTK'nın liste usulünü mü yoksa beyan usulünü mü benimsediği konusu, sigortacının liste hazırlamış olup olmamasına göre belirlenecektir. TTK madde 1436'da liste yöntemine ilişkin, soru listesi verilmişse ifadesi, liste hazırlamanın zorunlu olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca kanun koyucu, konuya ilişkin düzenlemede ilk olarak beyan usulüne yer vermiştir. Bu bakımdan TTK'da beyan usulünü esas alan karma usulün kabul edildiğini söylemek mümkündür²⁸⁸.

Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6/1 düzenlemesine 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”*. Buna göre, sağlık sigortası sözleşmesinin kuruluşu aşamasında da liste usulü ile beyan usulünün bir arada bulunduğu karma usulün esas alındığı söylenebilir. Nitekim uygulamada da sigorta şirketlerince sigorta ettirene/sigortalıya soru listesi sunulmakta, önceki hastalıklara ilişkin beyanda bulunulması gerektiği hususunda yazılı bilgilendirme yapılmakta ve verilen beyana uygun olarak poliçe düzenlenmektedir.

Sözleşmenin kuruluşu aşamasında beyan yükümlülüğünün ihlali, iki şekilde ortaya çıkabilir. Bunlar; hiç beyanda bulunmama veya yanlış beyanda bulunma şeklindedir. Eksik veya yanlış beyan edilen hususun doğrusunu sigortacı biliyorsa, beyan yükümlülüğünün ihlalinin söz edilemez²⁸⁹. TTK madde 1438 düzenlemesine göre: *“Bildirilmeyen veya*

²⁸⁷ HACİÖMEROĞLU, s. 59; ÖZTAN, s. 78, 79.

²⁸⁸ GÜLMEZ, s. 69.

²⁸⁹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 223.

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". Şayet sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesinden önce sigortacı sigortalının sağlık durumu hakkında araştırma yaptıysa, sigortalının sözleşmenin kuruluşu aşamasında geçmiş hastalıkları hakkında beyanda bulunmaması sebebiyle sigortacının sözleşmeden cayması mümkün olamayacaktır.

TTK madde 1439 ve devamında beyan yükümlülüğüne aykırı davranma hâlinde uygulanacak yaptırımlar düzenleme altına alınmıştır. TTK madde 1439/1 düzenlemesine göre: *"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*". İlgili hüküm gereğince, rizikonun gerçekleşmesinden önce, sigortacı kendisi için önemli sayılan bir hususun beyan edilmemiş veya yanlış beyan edilmiş olduğunu öğrenmişse; on beş gün içinde sözleşmeden cayabilecek veya prim farkı isteyebilecektir.

Rizikonun gerçekleşmesinden sonra sözleşme öncesi beyan yükümlülüğünün ihlalinin öğrenilmesine ilişkin olarak ise, TTK madde 1439/2 düzenlemesi mevcuttur. İlgili hükme göre: *"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 ödenen primle ödenmesi gereken prim arasındaki oranı dikkate alarak sigorta tazminatını veya bedelini öder*". Buna göre, beyan yükümlülüğüne aykırılığın rizikonun ortaya çıkmasından sonra öğrenilmesi hâlinde, sigorta ettiren/sigortalının kusuru dikkate alınır ve beyan yükümlülüğüne aykırılık ile rizikonun gerçekleşmesi arasında illiyet bağı aranır²⁹⁰.

Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6/2'de ise rizikonun gerçekleşmesinden önce ve sonra olarak ayırım yapılmaksızın, sözleşme öncesi beyan yükümlülüğünün ihlalinde sigorta

²⁹⁰ KAYIHAN/BAĞCI, s. 226.

ettirenin kastı olup olmamasına göre düzenleme yapılmıştır. Buna göre: “Sigorta ettirenin/sigortalının kastı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma hâlinde 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”.

TTK düzenlenmesinde sigortacının cayma bildiriminde bulunması için on beş gün süre verilmişken, Genel Şartlarda bu süre bir aydır. Prim farkının kabul edilmediğinin bildirilmesi bakımından ise, TTK’da on gün süre belirlenmişse de Genel Şartlarda sekiz günlük bildirim süresi verilmiştir. Bu hususa ilişkin olarak tüketici konumundaki sigortalının lehine olan ve sonraki düzenleme niteliğindeki TTK hükümlerinin uygulanmasının uygun olacağı görüşündeyiz²⁹¹.

Genel Şartlar madde 6, (d) bendi gereğince: “Sigorta ettirenin/sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko, sigortacı durumu öğrenmeden önce veya sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut 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”. Anılan düzenleme rizikonun gerçeklemesi anı bakımından TTK madde 1439/2 hükmüyle farklı olmakla birlikte, esasen sigortalının kastı bulunmuyorsa, sigorta sözleşmesinin ayakta tutularak gerekirse tazminattan indirim yapılması en uygun yol olacaktır.

Bu konuda Yargıtay kararlarında da öncelikle sigorta ettirenin beyan yükümlülüğünü kasten ihlal edip etmediğinin tespit edilmesi gerektiği ve kasıtlı bir davranışı bulunmuyorsa, tazminattan indirim yapılması gerektiği sonucuna varılmaktadır. Bir karara göre: “(...) Murisin poliçe tanzimi/yenilenmesi sırasındaki beyan yükümlülüğünü kasten ihlal ettiği sabit olmadığından 6102 sayılı T.T.K’nın 1435 ve devamı maddelerinde de düzenlendiği üzere; sigortalının kasıtlı olarak sağlık durumunu gizlemesi haricinde eğer sigortacının sorumluluğunu ağırlaştıran ve daha fazla prim almasını gerektiren bir hâlin varlığında teminatın indirilmesi gerektiğinden, murisin bu hastalığının belirtilmesi hâlinde ödenmesi

²⁹¹ Benzer görüş için bkz. AKGÜN, Evrim: “Hayat Sigortası Genel Şartları’nın Türk Ticaret Kanunu Hükümlerine Uygunluğuna İlişkin Bir İnceleme”, İÜHFM, Y. 2017, C. LXXV, S. 2, s. 565.

gereken prime göre proporsiyon hesabı yapılarak tazminat hesabının yapılması gerekirken, hatalı değerlendirme ile yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olmuştur”²⁹².

Yine bir başka kararda, sigortalının kastı bulunup bulunmamasına göre ayırım yapılmış ve sigortalının kastı yoksa teminat kapsamında ödeme yapılması gerektiğine hükmedilmiştir. İlgili karara göre: “(...) TTK. hükümlerine göre poliçe tanzimi sırasında sigortalı, mevcut rahatsızlıklarını kasten gizler ve kasten gizlediği bu rahatsızlık nedeni ile tedavi görür ise talep teminat dışında olup sigorta şirketinin bir sorumluluğu bulunmayacaktır, ancak beyan yükümlülüğünün ihlal edilmesinde sigortalının bir kastının bulunmadığının anlaşılması durumunda ise talebin teminat dışında kaldığını söylemek mümkün değildir”²⁹³.

3.1.2.2.2. Sözleşme süresi içindeki beyan yükümlülüğü

Sigorta sözleşmesi sürekli borç ilişkisi doğuran bir niteliğe sahip olduğundan, sözleşmenin yapılması sonrasında da sigorta ettirenin/sigortalının beyan yükümlülüğü mevcuttur. Özellikle sözleşme süresi içinde rizikoyu ağırlaştıracak bir durumun gerçekleşmesi hâlinde, sigorta ettirenin/sigortalının bunu sigortacıya bildirmesi gerekmektedir. Rizikonun ağırlaşması, risk durumunun mevcut sözleşme şartlarına uygun olmayan şekilde değişmesi anlamına gelmektedir²⁹⁴.

Sigorta ettirenin sözleşme süresi içerisindeki beyan yükümlülüğü, TTK madde 1444, 1445’te ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 7’de düzenleme altına alınmıştır. TTK madde 1444/1 düzenlemesine göre: “Sigorta ettiren, sözleşmenin yapılmasından sonra, sigortacının izni olmadan rizikoyu veya mevcut durumu ağırlaştırarak tazminat tutarının artmasını etkileyici davranış ve işlemlerde bulunamaz”.

Riziko ağırlaşması, sigorta ettirenin eylemine dayanmakta olup subjektif riziko ağırlaşması anlamına gelmektedir²⁹⁵. Doktrinde bir görüş, zarar sigortası niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesi bakımından TTK madde 1444 vd. düzenlemesinin uygulanmamasının

²⁹² Yargıtay 17. HD. 30.12.2019, E. 2019/5125, K. 2019/12583, [www.legalbank.net, (E.T.: 23.10.2021)].

²⁹³ Yargıtay 17. HD. 18.02.2021, E. 2019/5445, K. 2021/1615, [www.karararama.yargitay.gov.tr, (E.T.: 23.10.2021)].

²⁹⁴ ALGANTÜRK LİGH, Didem: “Sigorta Sözleşmesi Süresi İçerisinde Sigorta Ettirenin Yükümlülükleri”, İTİCUSBD, Y. 2011, C. II, S. 22, s. 4.

²⁹⁵ KAYIHAN/BAĞCI, s. 230.

daha uygun bir çözüm olacağını ifade etmektedir²⁹⁶. Bu hususa ilişkin olarak, sigorta ettirenin veya sigortalının kendi isteğiyle sağlık durumunu kötüleştirmek için bir eylemde bulunması olası değildir. Bu nedenle, sigortalının kasıtlı olarak kendi sağlığını riske atmayacağını kabulü gerekmektedir. Zira, sigortalı kasıtlı olarak kendine zarar verirse, bu durum Genel Şartlar gereği teminat dışı kaldığından sigortacı tarafından ödeme yapılması söz konusu olmayacaktır.

Ayrıca, sağlık sigortası sözleşmesinde riziko ağırlaşması sayılabilecek durum doğrudan kişinin kendi sağlık durumuna ilişkin olabilir. Bu sebeple de bu hükmün sağlık sigortası sözleşmesi bakımından uygulanması olası gözükmemektedir. Ancak Genel Şartlar madde 7 düzenlenmesinde ifade edildiği gibi, sözleşmenin yapıldığı sırada beyan olunan hususlarda değişiklik olarak sayılabilecek bazı durumlar (adres değişikliğinde farklı prim uygulanması gibi), sigortacı tarafından sözleşme yapılmamasını veya daha ağır şartlarda yapılmasını gerektirebilir. Bu bakımdan her hâlde TTK madde 1444 vd. düzenlenmesini, Genel Şartlar madde 7 düzenlenmesi ile birlikte incelemekte fayda bulunmaktadır.

TTK madde 1444/2 gereğince: “*Sigorta ettiren veya onun izniyle başkası, rizikonun gerçekleşme ihtimalini artırıcı veya mevcut durumu ağırlaştırıcı işlemlerde bulunursa yahut sözleşme yapılırken açıkça riziko ağırlaşması olarak kabul edilmiş bulunan hususlardan biri gerçekleşirse derhâl; bu işlemler bilgisi dışında yapılmışsa, bu hususu öğrendiği tarihten itibaren en geç on gün içinde durumu sigortacıya bildirir*”.

Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 7, ilk cümleye göre ise: “*Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür*”. Genel Şartlarda, beyan olunan hususlarda değişiklik olduğunun ihbarına ilişkin süre sekiz gün olarak belirlenmişse de TTK’da bu süre on gündür. Burada sigorta ettiren/sigortalı lehine olan kanun hükmünün uygulanması kanımızca daha uygun olacaktır.

Sigorta ettiren/sigortalı, rizikonun ağırlaştığını sigortacıya beyan etme yükümlülüğünü yerine getirmezse, sigortacının hangi haklara sahip olacağı TTK madde 1445’te düzenlenmiştir. İlgili maddede, beyan yükümlülüğünün ihlal edildiğinden rizikonun ağırlaşmasından önce ve sonra haberdar olunması bakımından farklı düzenlemeler

²⁹⁶ ÜNAN, s. 462.

öngörülmüştür²⁹⁷. TTK madde 1445/1'e göre: *“Sigortacı sözleşmenin süresi içinde, rizikonun gerçekleşmesi veya mevcut durumun ağırlaşması ihtimalini ya da sözleşmede riziko ağırlaşması olarak kabul edilebilecek olayların varlığını öğrendiği takdirde, bu tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi feshedebilir veya prim farkı isteyebilir. Farkın on gün içinde kabul edilmemesi hâlinde sözleşme feshedilmiş sayılır”*.

Buna göre, sigortacı riziko ağırlaşması olarak sayılabilecek durumlardan riziko gerçekleşmeden önce haberdar olursa, bir ay içinde sözleşmeyi feshedebilecek ya da prim farkı isteyerek sözleşmeyi ayakta tutabilecektir. TTK madde 1445/3'e göre, süresinde bildirilmeyen fesih veya prim farkı talep hakkı düşmektedir²⁹⁸.

TTK madde 1445/5'te ise, riziko gerçekleştikten sonra rizikonun ağırlaştığının öğrenilmesi hâli düzenlenmiştir. Buna göre: *“Rizikonun gerçekleşmesinden sonra sigorta ettirenin ihmali belirlendiği ve değişikliklere ilişkin beyan yükümlülüğünün ihlal edildiği saptandığı takdirde, söz konusu ihlal tazminat miktarına veya bedele ya da rizikonun gerçekleşmesine etki edebilecek nitelikte ise, ihmalin derecesine göre, tazminattan veya bedelden indirim yapılır. Sigorta ettirenin kastı hâlinde ise meydana gelen değişiklik ile gerçekleşen riziko arasında bağlantı varsa, sigortacı sözleşmeyi feshedebilir; bu durumda sigorta tazminatı veya bedeli ödenmez. Bağlantı yoksa, sigortacı ödenen primle ödenmesi gereken prim arasındaki oranı dikkate alarak sigorta tazminatını veya bedelini öder”*. Burada önem teşkil eden husus, sigorta ettirenin kusurunun derecesi olmaktadır²⁹⁹.

Genel Şartlar madde 7'de ise, sözleşme şartlarındaki değişikliğin sigortacı tarafından öğrenilmesinden sonra sigortacının sekiz gün içinde sözleşmeyi feshedebileceği veya prim farkını isteyerek sözleşmeyi devam ettirebileceği düzenlenmiştir. Şayet sigorta ettiren prim farkını ödemeyi kabul etmezse, her hâlde sözleşmenin feshi söz konusu olacaktır. Fesih ihbarında bulunmanın şekli, ilgili düzenlemede iadeli taahhütlü mektup veya noter yolu olarak belirtilmiştir. Feshin geçerli olduğu tarihe kadar ödenen primlerin, gün esaslı olarak hesaplaması yapılır ve fazla ödenen prim mevcutsa, bunun sigorta ettirene iadesi gerekmektedir. Sigortacının rizikonun ağırlaştığını ve sözleşmeyi bu şartlarda

²⁹⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 232.

²⁹⁸ KAYIHAN/BAĞCI, s. 233.

²⁹⁹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 183 vd.

yapamayacağını anlaması üzerine, sigortacı fesih veya prim farkını isteme hakkını süresi içerisinde kullanmalıdır. Aksi takdirde bu hakkı kaybedecektir.

Sözleşme şartlarındaki değişiklikten haberdar olan sigortacı, süresinde fesih veya prim farkı talep etmek hakkını kullanmaz veya sözleşmeyi devam ettirdiğine dair bir irade beyanında bulunursa, fesih veya prim farkı isteme hakkı düşecektir.

Görüldüğü üzere, Sağlık Sigortası Genel Şartlarında, rizikonun gerçekleşmesinden önce ve sonra beyan yükümlülüğünün ihlalinin öğrenilmesi bakımından ayırım yapılmamış ve sigortacının fesih ve prim farkı istemek için bildirim süresi ile sigorta ettirenin prim farkını kabul edip etmediğini bildirim süresi, TTK'dan farklı şekilde düzenlenmiştir. Burada gerek rizikonun gerçekleşmesi anına bağlanan farklı sonuçlar bakımından gerekse de bildirim süreleri bakımından lehe hüküm olan TTK düzenlemesinin uygulanmasının kabulü en uygun çözüm olacaktır. Nitekim TTK madde 1452/3 gereğince de ilgili hüküm nispi emredici niteliktedir ve sigorta ettiren ile sigortalı aleyhine değiştirilememektedir.

Yargıtay'ın bir kararında³⁰⁰ sigorta ettirenin sözleşme süresi içerisindeki ihbar yükümlülüğünü TTK'ya ve özel şartlara uygun olarak yerine getirmediği şu şekilde ele alınmıştır: *"(...) 1264/4 maddesi uyarınca ... 1290 ve 1291. Maddeleri emredici düzenleme olup taraflar arasında geçerli poliçe özel şartları 5..... maddesi de "... sigortalının, sigorta teminatına konu etmiş olsun veya olmasın maruz kaldığı tüm rahatsızlık/hastalıklarını sigortacıya zamanında ve derhâl ve yazılı olarak bildirmiş olması kayıt ve koşulu ile Otomatik Yenileme Güvencesi süre sonunda, Ömür Boyu Yenileme Güvencesi vermeye, sigortalının geçmiş sigortalılık ve sağlık durumunu esas alarak karar verir."* şeklinde düzenleme içermektedir. Buna göre, mahkemece sigortacının sigortalıya ait son sağlık durumunu belirtir ek beyan istemediği, sigortalıyı doktor muayenesine tâbi tutmadığı ve ek tetkikler yaptırmadığı gerekçesiyle davanın kabulüne karar verilmesi doğru olmamış, davalı vekilin bu yöndeki temyiz itirazların kabulü ile hükmün bozulması gerekmiştir".

³⁰⁰ Yargıtay 11. HD. 18.03.2013, E. 2012/4946, K. 2013/5174, [www.legalbank.net, (E.T.: 24.10.2021)].

3.1.2.2.3. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde beyan yükümlülüğü

TTK madde 1446 ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 9’da düzenlenen bu beyan yükümlülüğü, rizikonun gerçekleştiğinin sigortacıya bildirilmesine ilişkindir. Riziko gerçekleştikten sonra bunun sigortacıya bildirilmesindeki amaç, sigortacının zarar tespiti yaparak, gerekirse zararı azaltmaya veya zararın artmasına engel olabilecek önlemleri alabilmesini sağlamaktır³⁰¹.

Sigorta ettirenin, TTK madde 1446/1 gereğince rizikonun gerçekleştiğini gecikmeksizin sigortacıya bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır. Kanun düzenlemesindeki gecikmesizin ifadesinden anlaşılması gereken, mümkün olan en kısa zamandır³⁰². Şayet sigorta ettiren tarafından rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirim yapılmaz veya gecikmeli yapılırsa ve bu durum sigorta tazminatının veya bedelinin artmasına sebep olmuşsa, kusur durumuna göre sigortacı tarafından ödenecek tazminattan veya bedelden indirim yapılır (TTK madde 1446/2). Ancak, sigortacı tarafından rizikonun gerçekleştiği önceden öğrenilmişse, tazminat veya bedelden indirim yapılması mümkün olamayacaktır (TTK madde 1446/3).

Genel Şartlar madde 9/A düzenlemesine göre ise: *“Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her hâlde haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur. Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür”*.

Sağlık sigortası sözleşmesinde sigorta ettirenin/sigortalının rizikonun gerçekleştiğini ihbar yükümlülüğünü, aniden hastaneye kaldırılması gibi bir mücbir sebeple yasal süresi içerisinde yerine getirememesi sorunu ortaya çıkabilir. Bu durumda mücbir sebebin ortadan kalktığı andan itibaren ihbar süresinin işleyeceği, KENDER tarafından belirtilmektedir³⁰³.

³⁰¹ KENDER, s. 275.

³⁰² KENDER, s. 276.

³⁰³ KENDER, s. 275.

Sigortacı sigorta ettirenle yapacağı bir sözleşmeyle, ihbar süresi konusunda sigorta ettiren, sigortalı veya lehtar aleyhine bir düzenleme getiremez³⁰⁴. Ancak sözleşmeyle, rizikonun gerçekleştiğini beyan için sekiz günlük bir süre tanınması, lehe bir düzenleme olacağı için lehe olan Genel Şartlar hükmünün sağlık sigortası sözleşmeleri bakımından esas alınmasında kanımızca bir sakınca bulunmamaktadır.

Genel Şartlar madde 9 düzenlemesine göre, riziko gerçekleştiğinde beyan yükümlülüğü sigorta ettiren/sigortalı tarafından kasten yerine getirilmediği takdirde, sigorta ettiren ve/veya sigortalının poliçeden doğan hakları kaybolur. Ayrıca kasıtlı olarak bildirilmediği ve bu sebeple kaza ve hastalığın sonuçlarının ağırlaşması hâlinde, sigortacı ağırlaşan kısma tekabül eden tazminattan sorumlu olmayacaktır.

3.1.2.3. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde koruma önlemleri alma yükümlülüğü

TTK madde 1448 ve Genel Şartlar madde 9/B’de düzenlenen koruma önlemleri alma yükümlülüğünün amacı, sigorta ettirenin, sigortacının nasıl olsa teminatı karşılayacağı düşüncesiyle gerçekleşecek zararın artması olasılığına karşı umursamaz olmasını önlemektir³⁰⁵.

TTK madde 1448 uyarınca, sigorta ettiren riziko meydana geldiğinde zararın doğması ve artmasını önlemek ve sigortacının hâlefiyet hakkının sonucu olan rücu haklarını korumak için olanaklar ölçüsünde gerekli tedbirleri almalıdır. Şayet sigorta ettiren tarafından koruma tedbirleri alınmaması sonucunda, sigortacı aleyhine olacak sonuçlar ortaya çıkmışsa, sigorta ettirenin kusuruna göre tazminattan indirim yoluna gidilir. Sigortacı, sigorta ettirenin yaptığı makul masrafları ister faydalı ister faydasız olsun, sigorta tazminatı/bedeli ödeme borcundan ayrı olarak karşılamakla yükümlüdür. Ayrıca sigortacı, sigorta ettirenin talebiyle giderlerin karşılanması maksadıyla gereken meblağı avans olarak ödemek mecburiyetindedir.

TTK’da koruma önlemleri alma yükümlülüğü yalnızca sigorta ettiren bakımından düzenlenmiştir³⁰⁶. Ancak başkası lehine yapılan sağlık sigortası sözleşmesi bakımından

³⁰⁴ GÜLMEZ, s. 127.

³⁰⁵ KARAUZ/CENKÇİ, s. 153.

³⁰⁶ ŞENOCAK, Kemal: “*Mal Sigortalarında Sigorta Ettirenin Zararı Önleme ve Azaltma Vecibesi (TTK madde 1293)*”, AÜHFD, Y. 1995, C. XLIV, S. 1, s. 395.

sigortadan doğan haklar sigortalıya aittir. Bu nedenle, hem sigorta ettiren hem de sigortalının riziko gerçekleştiğinde koruma önlemleri alması gerekmektedir. Nitekim Genel Şartlarda bu yükümlülüğün hem sigorta ettiren hem de sigortalı tarafından yerine getirileceği düzenlenmiştir.

Sigorta ettirenin/sigortalının koruma önlemleri yükümlülüğünü kasıtlı olarak yerine getirmemesi hâlinde, tazminat/bedel isteme hakkını kaybedip etmeyeceğine ilişkin TTK hükmünde bir açıklık mevcut değildir. Bir görüşe göre, bu durum sigortacı aleyhine bir sonuç ortaya çıkarmışsa, sigorta ettiren/sigortalı sözleşmeden doğan haklarını kaybetmelidir³⁰⁷. Nitekim Genel Şartlar madde 9’da koruma önlemleri alma yükümlülüğünün ihlali hâlinde, sigortadan doğan hakların kaybedileceği düzenlenmiştir.

Sigorta ettirenin kusuru olup olmadığının tespitinde, sigorta ettirenin koruma tedbirleri alma yükümlülüğü bulunduğu hususunda mutlaka bilgi sahibi olması gerekmemekte, sigorta ettirenin yalnızca bu yükümlülüğü öngörmesi yeterli sayılmaktadır³⁰⁸.

Genel Şartlar madde 9’un “Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma” başlıklı B bendinde, kaza veya hastalığın ortaya çıkmasından sonra gecikmeksizin tedaviye başlanması, iyileşme için gerekli tedbirlerin alınması gerektiği düzenleme altına alınmıştır. Buna göre: *“Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur. Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır”*.

Ayrıca, sigorta ettirenin/sigortalının, rizikonun gerçekleşmesi hâlinde tedaviye başlama ve gereken tedbirleri alma yükümlülüğünü kasıtlı olarak yerine getirmemesi hâlinde, sigorta ettiren/sigortalı sözleşmeden doğan haklarını kaybedecek ve bu nedenle kaza veya hastalığın sonuçları ağırlaşrsa, sigortacı ağırlaşan kısma tekabül eden tazminat/bedelden sorumlu olmayacaktır.

³⁰⁷ ALGANTÜRK LIGHT, s. 7.

³⁰⁸ ŞENOCAK, s. 421.

3.1.2.4. Gerekli belgelerin teslimi yükümlülüğü

Sigorta sözleşmesinin bir iyi niyet sözleşmesi olması itibariyle, riziko meydana geldiğinde, sigorta ettirenin/sigortalının gerekli tüm bilgi ve belgeleri sigortacıya uygun bir sürede sağlama yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu yükümlülük, TTK madde 1447’de düzenlenmiştir. Buna göre sigorta ettiren, rizikonun meydana geldiği yerde veya diğer ilgili yerlerde sigortacının inceleme yapmasına müsaade etmekle ve uygun tedbirleri almakla yükümlüdür. Bu sayede sigortacı, sorumlu olup olmadığını ve şayet sorumluluğu varsa, bunun kapsam ve sınırını belirleyebilecektir. TTK madde 1447/2 gereğince, bu yükümlülüğe aykırı davranılması hâlinde, sigortacı tarafından ödenmesi gereken tazminat veya bedel artarsa, kusurun ağırlığına göre tazminattan indirim yoluna gidilir³⁰⁹.

Genel Şartlar madde 9, C bendi gereğince de “*sigorta ettiren veya sigortalının kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür*”.

Bu yükümlülüğün ihlali hâlinde yaptırımının ne olduğu, Genel Şartlarda düzenlenmemiştir. Bir görüşe göre, bu hâlde Genel Şartlar madde 9/A ve B düzenlemeleri için öngörülen, sigorta ettirenin poliçeden doğan haklarını kaybetmesi yaptırımının uygulanmasının yerinde olacağı ifade edilmektedir³¹⁰. Kanımızca, burada sigorta ettirenin/sigortalının ihmali söz konusu ise, TTK madde 1447/2 hükmü gereğince tazminattan indirim söz konusu olmalıdır. Ancak, sigorta ettiren/sigortalı kasten belge temininden imtina ediyorsa, sigortadan doğan hakların kaybedilmesi mümkün olabilmelidir.

3.2. Bilgi İsteme Hakkı

Sağlık sigortası sözleşmesi bakımından özel bir düzenleme getiren TTK madde 1518 hükmü ile, sigorta sözleşmesinden doğan hakları talep etme imkanına sahip ilgili kişilerin, sigortacıdan bilgi isteme hakkı ve bunun kapsamı düzenlenmiştir. İlgili hüküm gereğince: “*Sigortacı, ifa yükümlülüğünü incelerken, ilgili kişinin veya onun kanuni temsilcisinin*

³⁰⁹ ALGANTÜRK LIGHT, s. 6.

³¹⁰ KARAUZ/CENKİ, s. 153, 154.

istememesi hâlinde, bunlar tarafından belirlenen doktora, teminat kapsamındaki hastalığın gerçekleşip gerçekleşmediği ve tıbbi tedavi uygulanmasının gerekliliği konusunda aldığı rapor hakkında bilgi ve rapor üzerinde inceleme imkânı vermek zorundadır”.

Buna göre, sigortacının, riziko hakkında yapacağı araştırmalar sırasında sigortalının sağlık durumu hakkında edindiği raporları, sigortalı veya kanuni temsilcisi veya bunların belirleyeceği doktor ile paylaşma yükümlülüğü bulunmaktadır³¹¹.

Madde gerekçesinde de ifade edildiği üzere, sağlık sigortasında rizikonun gerçekleşip gerçekleşmediğinin belirlenmesi bakımından doktor raporları önem taşımaktadır. Sigortacının, tazminat ödeme yükümlülüğünün doğup doğmadığını belirlemesi için doktor raporlarını incelemesi gerekmektedir. Tazminat talep eden kişilerin de talebin reddedilmesi veya kısmen kabul edilmesi hâlinde, buna ilişkin değerlendirme sürecinde esas alınan doktor raporları hakkında bilgi sahibi olmak istemesi en doğal hakkıdır³¹².

Gerekçeden de anlaşıldığı üzere, sigortacının bu yükümlülüğü, edimini tam olarak yerine getirdiği durumlarda değil, tazminat talebinin kısmen veya tamamen reddedilmesi hâlinde gündeme gelecektir. Ayrıca, sigortacının, teminat kapsamındaki hastalığın gerçekleşip gerçekleşmediği ve tıbbi tedavi uygulanmasının gerekliliği konusunda aldığı raporların, mutlaka doktor raporu olarak anlaşılması gerekmemektedir; ancak sigortacının kararına dayanak teşkil eden bir raporun bulunması gereklidir³¹³.

Ayrıca, TTK madde 1518 düzenlemesi sigortacıya, riziko kişinin belirlediği doktor ile raporun paylaşılması yükümlülüğünü getirmektedir. ÜNAN’a göre, sağlık sorunlarının ciddiyeti sebebiyle rapor öncelikle sigorta ettiren veya riziko kişisi ile paylaşılmalıdır³¹⁴. Kanımızca da kişisel sağlık verilerinin hassasiyeti ve sigortacının sır saklama yükümlülüğü sebebiyle, raporların öncelikle sigorta ettiren veya riziko kişisi ile paylaşılması ve ancak bu kişilerin açık rızasıyla raporların, belirlenen doktor ile paylaşılmasının yasada düzenlenmesi daha uygun olurdu.

³¹¹ ÜNAN, s. 457.

³¹² Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 431, 432.

³¹³ ÜNAN, s. 457, 458.

³¹⁴ ÜNAN, s. 458.

3.3. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Geçersizliği

3.3.1. Genel olarak

Tüm sözleşmelerde olduğu gibi, özel sağlık sigortası sözleşmesinin de TMK ve TBK hükümleri gereğince, bir sözleşmenin geçerlilik şartlarını taşıması gerekmektedir. İki taraflı bir sözleşmenin geçerli olabilmesi için, sözleşmenin taraflarının ehil olması ve irade beyanında bulunan gerçek kişinin ayırt etme gücüne sahip olması gerekmektedir. Aksi hâlde o sözleşme geçerli olarak kurulamaz (TMK madde 15)³¹⁵.

Sözleşme özgürlüğü ilkesi uyarınca, taraflar sözleşme konusunu belirlemekte serbesttir (TBK madde 26). Ancak, TBK madde 27 gereğince sözleşmenin konusu; emredici hükümlere, kamu düzenine, genel ahlaka ve kişilik haklarına aykırı olamaz³¹⁶. TTK madde 1404'te de bu husus şu şekilde düzenlenmiştir: “*Sigorta ettirenin veya sigortalının, kanunun emredici hükümlerine, ahlâka, kamu düzenine, kişilik haklarına aykırı bir fiilinden doğabilecek bir zararını teminat altına almak amacıyla sigorta yapılamaz*”. Anılan hüküm TTK madde 1452/1 gereğince emredici nitelikte olup, sözleşmede aksi kararlaştırılamaz.

Ayrıca, sözleşme yapıldığı sırada sözleşme konusuna ilişkin edimlerden biri objektif olarak imkânsız ise, sözleşme kesin olarak hükümsüzdür (TBK madde 27). Tarafların, sözleşmenin yapıldığı sırada irade beyanlarındaki sakatlık da sözleşmenin geçerli olarak kurulmasında bir engeldir³¹⁷.

3.3.2. Sağlık sigortasının geçersizliğine neden olan hâller ve geçersizliğin sonuçları

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin geçerli bir sözleşme olarak kurulup kurulmadığının tespitinde, TTK ve TBK'nın ilgili hükümleri uygulanacaktır. Buna göre; sözleşmenin taraflarının ehil olması, taraf iradelerinde sakatlık olmaması, sözleşme konusunun kanunun emredici hükümlerine, kamu düzenine, ahlaka ve kişilik haklarına aykırı olmaması gerekmektedir.

³¹⁵ OĞUZMAN/ÖZ, s. 70.

³¹⁶ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 163.

³¹⁷ OĞUZMAN/ÖZ, s. 72, 79.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin geçersizliğine ilişkin olarak TTK’da özel bir düzenlemeye yer verilmemiştir. Bu anlamda, TTK madde 1519/2’de yapılan atıf dolayısıyla, genel hükümlerdeki sözleşmenin geçersizliğine ilişkin hükümlerin (TTK madde 1404, 1408, 1422, 1429), zarar sigortası niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesi bakımından zarar sigortalarındaki geçersizliğe ilişkin hükümlerin (TTK madde 1458, 1472) sağlık sigortası sözleşmesine uygulanacağı söylenebilir.

TTK madde 1408 hükmü gereğince: “*Sigorta sözleşmesinin yapılması anında, sigortalanan menfaat mevcut değilse, sigorta sözleşmesi geçersizdir. Sözleşmenin yapıldığı anda varolan menfaat, sözleşmenin süresi içinde ortadan kalkarsa, sözleşme o anda geçersiz olur*”. TTK madde 1452/1’de yapılan atıf dolayısıyla TTK madde 1408 hükmü mutlak emredici niteliktedir. Sağlık sigortası sözleşmesinde, sözleşme konusu menfaat, kişinin hayatı ile ilgilidir. Sağlık sigortası sözleşmesinin gerek meblağ sigortası gerekse de zarar sigortası niteliğindeki teminatlarının ödenmesi, sigortalının hastalanması veya kaza sonucu yaralanması hâlinde söz konusu olmaktadır. Bu anlamda, sözleşme konusu menfaatin ortadan kalkması ancak sigortalının vefatı hâlinde söz konusu olabileceğinden, bu durumda sözleşmenin geçersizliğinden değil, sözleşme tarafının vefatı sebebiyle sözleşmenin kendiliğinden sona ermesinden bahsetmek kanımızca daha doğru olacaktır.

TTK madde 1422 gereğince ise: “*Sigortacının sorumluluğu başlamadan, sigorta ettirenin, sigortalının ve can sigortalarında ayrıca lehtarın, fiilleri ve etkileri olmaksızın rizikonun gerçekleşmesi imkânsızlaşmışsa, sigortacı prime hak kazanamaz*”. Buna göre, imkânsızlık hâlinde sözleşme geçersiz olmakta ve sigorta ettirenin prim ödeme borcu ortadan kalkmaktadır. Ancak kanımızca, sigorta ettirenin veya sigortalının etkisiyle riziko imkânsızlaşmışsa, sigortacı prime hak kazanmalıdır.

Sigorta ettiren veya sigortalının kastı sonucunda rizikonun gerçekleşmesi hâlinde de sigorta koruması geçersiz olmaktadır. “Rizikonun gerçekleşmesinde kusur” başlıklı TTK madde 1429/1 düzenlemesine göre: “*Sigortacı, aksine sözleşme yoksa, sigorta ettirenin, sigortalının, lehtarın ve bunların hukuken fiillerinden sorumlu bulundukları kişilerin ihmallerinden kaynaklanan zararları tazmin ile yükümlüdür. Sigorta ettiren, sigortalı ve tazminat ödenmesini sağlamak amacıyla bunların hukuken fiillerinden sorumlu oldukları kişiler, rizikonun gerçekleşmesine kasten sebep oldukları takdirde, sigortacı tazminat borcundan kurtulur ve aldığı primleri geri vermez*”. Buna göre, sağlık sigortası sözleşmesinde, sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleşmesine kasten sebep olmuşsa,

sözleşme geçersiz olacak, sigortacı tazminat ödeme borcundan kurtulacak ve aldığı primleri iade etmeyecektir³¹⁸. Ancak burada kusurun derecesi ihmal seviyesinde ise, sigortacının tazminat ödeme borcu ortadan kalkmamaktadır. Anılan hüküm, TTK madde 1452/1’de yapılan atıf sebebiyle mutlak emredici nitelikte olup taraflarca sözleşmede aksi kararlaştırılamaz.

TTK madde 1452/2’de ise, sigortacının iflasına ilişkin TTK madde 1418 ve zamanaşımına ilişkin TTK madde 1420 düzenlemeleri ile prim ödeme borcuna ilişkin TTK madde 1430/2³¹⁹ hükmüne aykırı sözleşme şartlarının geçersiz olacağı düzenlenmiştir. Bu anlamda, ilgili hükümlere aksi yönde bir düzenleme yapılması hâlinde sadece o sözleşme hükmü geçersiz olacak; ancak bu durum sözleşmenin tümüyle geçersiz olmasına sebep olmayacaktır.

Zarar sigortalarına ilişkin geçmişe etkili sigorta kavramını düzenleyen TTK madde 1458 hükmü, TTK madde 1519/2’te yapılan atıf dolayısıyla zarar sigortası niteliğindeki özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından da uygulanabilmekte ve sağlık sigortası, geçmişe etkili olarak düzenlenebilmektedir. İlgili hükme göre: “*Sigorta, sigorta koruması sözleşmenin yapılmasından önceki bir tarihten itibaren sağlanacak şekilde yapılabilir. Ancak, rizikonun gerçekleştiği veya gerçekleşme ihtimalinin ortadan kalkmış olduğu, sözleşmenin yapılması sırasında, sigortacı ile sigorta ettiren ve sigortadan haberi olmak şartıyla, sigortalı tarafından biliniyorsa sözleşme geçersizdir (...)*”. İlgili düzenleme ile, geçmişe etkili sigorta sözleşmesinin geçerliliği, sözleşmenin yapılması sırasında, rizikonun gerçekleştiğinin veya gerçekleşme olasılığının ortadan kalktığından, sigortacı ve sigorta ettiren ile sigortanın varlığından haberdar olması şartıyla sigortalı tarafından bilinmiyor olmasına bağlanmıştır. Şayet taraflar, bu durumu biliyorsa sözleşme geçersizdir ve sigortacı prime hak kazanamaz³²⁰. Ayrıca, TTK madde 1486/1’de yapılan atıf dolayısıyla, 1458. maddenin birinci fıkrasının ikinci cümlesine aykırı sözleşmelerin geçersiz olduğu hüküm altına alınmıştır.

Zarar sigortası niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesinde, sigortacı, ödediği tazminat tutarında sigortalının haklarına halef olmaktadır. Koruyucu hükümleri düzenleyen TTK madde 1486/1’de, kanuni halefiyete ilişkin TTK madde 1472 hükmüne aykırı yapılan

³¹⁸ KAYIHAN/BAĞCI, s. 193.

³¹⁹ TTK madde 1430/2 gereğince: “*Sigorta primi nakden ödenir. İlk taksidin nakden ödenmesi şartıyla, sonraki primler için kambiyo senedi verilebilir; bu hâlde, ödeme kambiyo senedinin tahsili ile gerçekleşir*”.

³²⁰ CAN, s. 56.

sözleşmelerin geçersiz olacağı düzenlenmiştir. Bu sebeple, kanuni halefiyete ilişkin düzenlemelerin emredici nitelikte olması bakımından, taraflar sözleşmede bunun aksine düzenleme yaparlarsa, sadece ilgili madde değil, tüm sözleşme geçersiz hâle gelecektir³²¹.

Ayrıca, TTK madde 1486/1 gereğince, tazminat ilkesine ilişkin TTK madde 1459 ile sigorta değeri kavramını düzenleyen TTK madde 1459 düzenlemelerine aykırı sözleşmelerin geçersiz olacağı hüküm altına alınmıştır.

Kanımızca, sigorta sözleşmelerinde korunan menfaatin sigorta ettirenin veya sigortalının menfaati olduğu göz önüne alındığında, amaca uygun yorum metodu uygulanmak suretiyle sözleşmenin tümüyle geçersiz sayılmaması daha uygun bir çözüm olacaktır. Esasen, TTK’da mutlak emredici nitelikteki hükümlerin öngörülme amacı da sözleşmenin zayıf tarafı olan sigorta ettireni korumaktır. Bu anlamda, uygulamada, kanunun emredici hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla, korunan menfaat ilkesi gereğince, sözleşmenin tümüyle geçersiz sayılmaması ve gerekirse prim farkı talep etmek suretiyle sözleşmenin ayakta tutulmasının uygun olacağı görüşündeyiz.

³²¹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 87.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SÖZLEŞMESİNİN SONA ERMESİ VE UYUŞMAZLIK ÇÖZÜM YOLLARI

4.1. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesini Sona Erdiren Hâller

4.1.1 Sözleşmede belirtilen sürenin dolması hâlinde

Özel sağlık sigortası sözleşmesi, poliçede gösterilen sürenin bitimiyle sona ermektedir. Genel Şartlar madde 5'e göre: *"Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer"*.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin süresi tarafların anlaşmasıyla ile uzatılarak sözleşme devam ettirilebilir. Bu durumda zeyilname adı altında bir belge düzenlenerek sözleşmenin devam ettirilmesi mümkündür³²². Sigorta süresinin bu şekilde uzatıldığı hâllerde, sigortacının bir sonraki yıla ilişkin sorumluluğu, kural olarak primin veya ilk taksitinin ödenmesiyle başlar³²³. Yargıtay 11. Hukuk Dairesi, eski bir kararında³²⁴ sonraki sözleşmenin bir öncekinin devamı niteliğinde olduğu görüşünde iken; sonraki tarihli bir kararında isabetli olarak bunların ayrı sözleşmeler olduğuna hükmetmiş³²⁵, ikinci poliçe düzenlendikten sonra ilk prim ödenmemişse sigorta korumasının başlamayacağını kabul etmiştir³²⁶.

³²² ULAŞ, s. 138.

³²³ CAN, Mertol: Türk Özel Sigorta Hukuku, İmaj Yayınevi, 3. Bası, Ankara 2009, s. 324. (3. Bası)

³²⁴ Yargıtay 11. HD. 31.12.1976, E. 1976/4390, K. 1976/5786, [www.legalbank.net, (E.T.: 16.12.2021)].

³²⁵“(…) bir sigorta sözleşmesinin kurulabilmesi için karşılıklı irade beyanlarının gerektiği, birbirini takip eden tarihlerle ayrı ayrı düzenlenen poliçelerin farklı sigorta sözleşmeleri sayılacağı, önceki poliçelerde yer alan "vade bitiminde ve poliçenin üzerinde mutabık kalınan şartlar ile şirketimizce yenilenmesi" ifadesi ile anlatılmak istenilenin, bir poliçe dönemi sona erdiğinde takip eden dönem için düzenlenecek poliçenin taraflarca müzakereler yapılarak, sonucunda karşılıklı olarak tarafların üzerinde mutabık kaldığı hususlarda yeni poliçenin düzenlenmesi olduğu, sigortacının her yeni sigorta döneminde sigorta konusu menfaati ve buna yönelik rizikoları değerlendirip sigortalıya sigorta himayesi sunup sunmayacağı veya hangi şartlarda sunacağını belirleyebileceği, ayrıca sigortalının da yeni sigorta döneminde kendisine sunulan teklifleri kabul etme zorunluluğunun bulunmadığı, davalının önceki poliçelerin şartlarından farklı yeni teklif sunmasının hakkın kötüye kullanıldığı anlamına gelmediği, sözleşmenin aynen devamını talep etmenin yasal dayanağı bulunmadığı gerekçesiyle(…)”, Yargıtay 11. HD. 30.06.2014, E. 2014/5667, K. 2014/12549, [www.karararama.yargitay.gov.tr, (E.T.: 16.12.2021)].

³²⁶ KENDER, s. 341.

Uygulamada, özellikle grup sigortasında sözleşme süresinin dolması nedeniyle sözleşmenin sona ermesi, sona erme günü olarak belirlenen günden belli bir süre önce yapılacak bildirimle bağlanmaktadır³²⁷.

Sağlık sigortası sözleşmesi bakımından farklı bir düzenleme ÖSSY'nin 11. maddesinde hüküm altına alınmıştır. İlgili hükme göre, sözleşmede düzenlenen yatarak tedavi teminatı, sözleşmenin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin akdedilmemesi hâlinde, en az on gün süre ile özel şartlarda düzenlenen süre ve teminat limitiyle sınırlı olmak üzere devam etmektedir. Kanun koyucu ilgili düzenleme ile sözleşmenin yenilenmesi iradesinin süresinde bildirilmemesi hâlini göz önüne alarak, sigortalının yatarak tedavi teminatından asgari on gün süre ile faydalanmasına imkân tanımıştır. Kanımızca, ilgili düzenleme sözleşme özgürlüğüne müdahale niteliğindedir.

4.1.2. Sözleşme konusunun ortadan kalkması hâlinde

Sigorta sözleşmelerinde, şayet rizikonun gerçekleşme ihtimali ortadan kalkarsa, sözleşme konusuz kalacağından sözleşme kendiliğinden sona erer³²⁸.

Sağlık sigortası sözleşmesinin konusu, sigortalının hastalanması veya kaza sonucu yaralanması hâlinde, sağlık giderlerinin ödenmesine ilişkindir. Buna göre sağlık sigortasında riziko; kişinin hastalık ve kaza sonucu yaralanma hâlidir. Rizikonun ortadan kalkması ise ancak sigortalının vefatı ile mümkün olabilir.

Sözleşmede öngörülen sona erme süresinden önce sigortalı vefat ettiği takdirde riziko olarak kabul edilen hastalanma ve kaza sonucu yaralanma hâlinin gerçekleşmesi mümkün olmayacak ve sonuç olarak konusuz kalan sigorta sözleşmesi kendiliğinden sona erecektir³²⁹.

³²⁷ KABUKÇUOĞLU ÖZER, s. 253.

³²⁸ ULAŞ, s. 138.

³²⁹ ULAŞ, s. 139.

4.1.3. Sözleşmenin ikale ile sona erdirilmesi hâlinde

Taraflar sözleşme serbestisi ilkesi gereğince, sözleşme akdetme konusunda serbesttir. Buna bağlı olarak tüm sözleşme ilişkilerinin, tarafların karşılıklı ve birbirine uygun irade beyanıyla sona erdirilmesi mümkündür³³⁰. Bu ortadan kaldırma sözleşmesine ikale sözleşmesi denilmektedir. İ kale sözleşmesi ile sözleşmenin tarafları anlaşarak, geçerli olarak doğmuş bir borç ilişkisine son vermektedir. Tarafların karşılıklı olarak sözleşmenin sona erdirilmesi hususunda anlaşmaları ile, sigorta sözleşmesi sona ermektedir³³¹.

İ kale sözleşmesinin geçmişe etkili sonuç doğurması esastır. Ancak sözleşmenin tarafları sözleşmenin ileriye dönük olarak sonuç doğurmasını da ikale sözleşmesinde kararlaştırabilirler. Sigorta sözleşmesinin sürekli borç ilişkisi doğurması bakımından, sözleşme ifa edilmeye başladıktan sonra sona erdirilirse, ikale sözleşmesinin hüküm ve sonuçları da ileriye etkili olacaktır³³².

Bu hususa ilişkin olarak, TTK madde 1419 düzenlemesi de benzer bir sonuç öngörmektedir. İlgili hükme göre: “*Sigorta sözleşmesi sona erdiği takdirde, Kanunda aksi öngörülmemişse, işlemeyen günlere ait ödenmiş primler sigorta ettirene geri verilir*”.

Buna göre, sağlık sigortası sözleşmesinin tarafları ikale sözleşmesiyle, sözleşme ifa edilmeye başladıktan sonra sözleşmeyi sona erdirmek istedikleri takdirde, sigortacı sözleşmenin yürürlükte bulunduğu günlere ilişkin primlere hak kazanacak; ancak, sonraki günler için ödenen primler sigorta ettirene iade edilecektir.

³³⁰ KENDER, s. 342.

³³¹ GÜLHAN, Melisa: Sigorta Sözleşmesini Sona Erdiren Hâller, Seçkin Yayınevi, Ankara 2020, s. 46; OĞUZMAN/ÖZ, s. 427.

³³² AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 236.

4.1.4. Fesih ile sona erme

4.1.4.1. Sigortacının fesih hakkı

4.1.4.1.1. Rizikonun ağırlaşması durumunda

Sigorta ettirenin beyan yükümlülüğü kapsamında, rizikonun ağırlaşmasını önleme ve riziko ağırlaşması olarak kabul edilmiş bir durumun ortaya çıkması hâlinde, bunu derhâl sigortacıya bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu husus, TTK madde 1444 ve 1445'te düzenleme altına alınmıştır³³³.

TTK madde 1445/1 ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 7³³⁴ gereğince, riziko ağırlaşması sayılabilecek ve sözleşme şartlarında sigortacı aleyhine olacak değişiklikler ortaya çıkmışsa, sigorta ettiren veya sigortalının bu hususu sigortacıya bildirmesi zorunludur. Bu durumda sigortacı, rizikonun gerçekleştiğini veya rizikonun ağırlaştığını öğrendiği takdirde, öğrenme tarihinden bir ay içerisinde sözleşmeyi feshedebilecek veya prim farkı isteyebilecektir.

Sigortacı, özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından sözleşmeyi akdetmemesini veya daha ağır şartlarda akdetmesini gerektiren bir durumdan haberdar olursa, bunu öğrenme tarihinden itibaren bir ay içinde, sözleşmeyi Genel Şartlarda düzenlenen usul olan iadeli taahhütlü mektup veya noter aracılığıyla feshedebilecek veya prim farkı isteyebilecektir. Sigorta ettiren, prim farkı ödemeyi on gün içerisinde kabul etmezse, sözleşme her hâlde feshedilmiş olacaktır. Genel Şartlar madde 7'de hüküm altına alınan ihbar şekli bir geçerlilik şartıdır³³⁵.

³³³ Sigorta ettirenin, sözleşmenin akdedilmesinden sonra, sigortacının onayı olmadan rizikoyu veya mevcut durumu ağırlaştırarak tazminat miktarının artmasını etkileyen eylem ve işlemlerde bulunamayacağını düzenleyen TTK madde 1444 v.d. hükmünün sağlık sigortası sözleşmesi bakımından uygulanmasının olası olmadığı hakkındaki açıklamalarımız için bkz. III. Bölüm, 3.1.2.2.2. Sözleşme süresi içindeki beyan yükümlülüğü.

³³⁴ Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 7'de bildirim sürelerinin TTK'dan farklı düzenlendiği ve buna ilişkin görüşümüz için bkz. III. Bölüm, 3.1.2.2.2. Sözleşme süresi içindeki beyan yükümlülüğü.

³³⁵ Yargıtay 17 Hukuk Dairesi, Kasko Sigortası Genel Şartlarındaki benzer hükmü geçerlilik şartı olarak ele almaktadır: "(...) kaza sonrası sigortalıya önce tazminat ödenip, sonra poliçenin feshi yoluna gidildiğinden, sözleşmenin usulüne uygun şekilde feshedilmediği, kasko sigorta poliçesinin davaya konu riziko tarihi itibarıyla yürürlükte olduğunun kabulü ile (sigortalıya poliçenin iptaline ilişkin usulünce tebligat yapıldığı ve bakiye primin iade edildiği de ispatlanamadığından) yargılamaya devam edilerek sonucuna göre karar

Ayrıca, TTK madde 1445/5 gereğince, sigorta ettirenin değişikliklere ilişkin beyan yükümlülüğünü ihmal sonucu ihlal ettiği anlaşılırsa ve ihmal ile riziko arasında illiyet bağı mevcutsa, ihmalin ağırlığına göre tazminattan indirim yoluna gidilir. Sigorta ettirenin sigorta süresi içerisindeki beyan yükümlülüğüne kasten aykırı davranması hâlinde ise ortaya çıkan değişiklik ile riziko arasında illiyet bağı mevcutsa, sigortacı sözleşmeyi feshedebilir ve bu hâlde, sigortacının tazminat ödeme yükümlülüğü ortadan kalkmaktadır. Şayet, sigorta ettirenin kastı ile riziko arasında illiyet bağı bulunmuyorsa, sigortacı feshi hakkını kullanamayacak ve ödenen primle, riziko ağırlaşması sebebiyle artış göstermesi gereken prim arasındaki oran dikkate alınarak sigorta tazminatının ödenmesi gerekecektir³³⁶.

Sağlık sigortası sözleşmesinin feshi, geleceğe etkili olarak sonuç doğurur. Fesih, ileriye etkili tek taraflı bozucu yenilik doğuran bir haktır ve sigortacının fesih beyanının sigorta ettirene ulaşması sonucunda hüküm doğurur³³⁷.

Doktrinde, TTK 1445/5 maddesinde sigortacıya tanınan hak için fesih kavramı yerine cayma kavramından bahsedilmesinin daha uygun olacağı ifade edilmektedir³³⁸. Bu görüşe göre, TTK’da bu hükme benzer düzenlemelerde kanun koyucunun cayma terimini kullandığı, dolayısıyla bu maddede cayma teriminin tercih edilmesinin daha isabetli olacağı ifade edilmektedir. Ayrıca, fesih kavramının, sözleşmenin geleceğe etkili olarak sonlandırılması hâli için kullanılabilmesi bakımından, TTK madde 1445/5’te yer alan hakkın, riziko gerçekleşikten sonra kullanılması hâlinde, sigortacının tazminat ödeme yükümlülüğünün tümüyle ortadan kalkmayacağı ileri sürülmektedir. Bu nedenle maddede fesih yerine cayma teriminin kullanılmasının maddenin lâfzına daha uygun olacağı düşünülmektedir³³⁹. Bizim görüşümüze göre, TTK madde 1445’te feshe bağlanan sonuç tazminat ödeme yükümlülüğünün ortadan kalkmasıdır. Bu bakımdan kanun koyucunun iradesinin bir an için sözleşmeyi geçmişe etkili olarak sona erdirmek olduğu söylenebilse de, diğer yandan sigorta ettiren her hâlde sözleşmenin yürürlükte olduğu kısım bakımından

verilmesi gerekirken yazılı olduğu biçimde hüküm kurulması doğru değildir.”, Yargıtay 17. HD. 08.10.2015, E. 2015/8112, K. 2015/10285, [www.legalbank.net, (E.T.: 15.10.2021)].

³³⁶ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 238.

³³⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 233.

³³⁸ ÜNAN, s. 160; ÖZTAN, s. 115; ŞEKER ÖĞÜZ, s. 175.

³³⁹ MERGEN BAYER, Yasemen: “*Sigorta Hukukunda Riziko Ağırlaşması*”, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), Ankara 2019, s. 82, 83.

prim ödeme borcunu yerine getirmiş olacağından, tam anlamıyla bir caymadan veya sözleşmeden dönmeden söz etmek mümkün görünmemektedir.

TTK madde 1445 gerekçesinde de ifade edildiği üzere sigorta ettirenin sözleşme süresi içindeki beyan yükümlülüğüne aykırı davrandığının kabulü için, sözleşmenin kuruluşu aşamasındaki beyan yükümlülüğüne aykırılıkta olduğu gibi, illiyet bağı ve kusur unsurlarının bir arada bulunması gerekmektedir³⁴⁰.

Ayrıca, sigortacının, rizikonun ağırlaştığını sigorta ettirenin ihbar etmesi ile öğrenmesi veya kendiliğinden öğrenmesi arasında sonuç olarak bir fark bulunmamaktadır. Her iki hâlde de sigortacının sözleşmeyi feshetme yetkisi bulunmaktadır. Bu durumda fesih hakkı, sigorta ettirenin ihbarı ile öğrenilmişse ihbar tarihinden; kendiliğinden öğrenilmişse öğrenme tarihinden itibaren bir aylık hak düşürücü süre içerisinde kullanılmalıdır. Bu süre içerisinde kullanılmayan fesih ve prim farkı isteme hakkı, TTK madde 1445/3 gereği düşecektir³⁴¹.

4.1.4.1.2. Sonraki primlerin ödenmemesi durumunda

TTK madde 1434'te ve Genel Şartlar madde 8'de, sigortacının sonraki prim taksitlerinin ödenmemesi hâlinde fesih hakkına sahip olacağı düzenleme altına alınmıştır.

TTK madde 1434/3 düzenlemesine göre: *“İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır”*.

Sağlık sigortası sözleşmesinde, primlerin sigorta ettiren tarafından taksitle ödeneceği kararlaştırılmışsa ve ikinci taksit veya sonrasındaki bir veya birkaç prim ödemesi aksatılırsa; sigorta şirketi noter yolu veya iadeli taahhütlü mektupla on gün mühlet vererek sigorta

³⁴⁰ ALGANTÜRK LİGHT, s. 4, 5.

³⁴¹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 233, 234.

ettirenden borcunu ifa etmesini ister ve aksi takdirde on günün sonunda, sözleşmenin feshedileceğini sigorta ettirene ihtaren bildirir.

Sigortacı ihtarnamenin içeriğinde talep edilen primi ve miktarını tam olarak sigorta ettirene bildirmek mecburiyetindedir; aksi hâlde ihtar, TTK'da öngörülen sonucu doğurmayacaktır³⁴². Bu şekilde, bu içeriğe sahip olmayan bir ihtarname, iadeli taahhütlü mektup veya noter vasıtasıyla gönderilmiş olsa dahi geçerli değildir. Ayrıca, sigortacının vereceği süre asgari on gündür. Bu süre sigorta ettiren lehine arttırılabilir ve ilgili süre boyunca sigorta koruması devam etmektedir³⁴³. İlgili hüküm nispi emredici nitelikte olup, sigorta ettiren aleyhine değiştirilemez³⁴⁴.

Bu on günlük süre, sigorta ettirene fesih ihbarının ulaştığı tarihten itibaren işlemeye başlayacaktır³⁴⁵. Şayet bu süre içinde prim borcu sigorta ettiren tarafından ifa edilmezse, fesih beyanı hüküm ifade etmekte ve sözleşme geleceğe etkili şekilde sona ermektedir³⁴⁶. Bu sebeple, sigortacı fesih anına kadar ödenmeyen primler için icra takibi veya dava yoluna gidebilir³⁴⁷.

Borçlar genel hükümlerine göre, ihtarname kural olarak bir şekil şartına tâbi kılınmamıştır³⁴⁸. Ancak, kanun koyucu bazı hâllerde istisnai olarak ihtar yapılmasını geçerlilik şartına bağlamıştır. İşte bu istisnalardan biri, ilgili düzenlemede bahsi geçen iadeli taahhütlü mektup veya noter yoludur³⁴⁹.

TTK'da bu şekil şartları açıkça düzenlendiği için, adi yazılı şekil yeterli sayılmamaktadır. Bu nedenle, tacirler arası bildirimler için getirilen şekil şartını düzenleyen TTK madde 18/3 hükmü de TTK madde 1434/3'e göre genel düzenleme olduğu için uygulama alanı bulmamaktadır. Dolayısıyla, sigortacının sonraki primlerin ödenmemesi durumunda fesih ihbarını, TTK madde 1434/3'te düzenlenen noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla sigorta ettirene iletmesi gerekmektedir. Doktrinde bir görüşe göre,

³⁴² KENDER, s. 241.

³⁴³ KAYIHAN, *Prim Ödeme Borcu*, s. 224.

³⁴⁴ KAYIHAN/BAĞCI, s. 216.

³⁴⁵ KENDER, s. 242.

³⁴⁶ GÜLHAN, s. 60.

³⁴⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 216.

³⁴⁸ OĞUZMAN, Kemal/ÖZ, Turgut: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2010, s. 298; REİSOĞLU, Safa: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Beta Yayınevi, İstanbul 2000, s. 298; AKINTÜRK, Turgut: Borçlar Hukuku, Güncellenmiş 13. Bası, Beta Yayınevi, Ankara 2007, s. 10.

³⁴⁹ KAYIHAN, *Prim Ödeme Borcu*, s. 224.

günümüzün iletişim imkânları ve sektör uygulaması bakımından fesih iradesinin sadece bu iki yolla bildirilmesi isabetli olmamıştır³⁵⁰. Kanımızca, kanun koyucunun bu şekilde bir geçerlilik şartı öngörmesi, tüketici sıfatını haiz sigortalının sözleşmenin feshedileceğinden haberdar olmasını garantiye almak ve sigorta ettireni/sigortalıyı korumaktır. Bu bakımdan, bu şekilde bir geçerlilik şartı öngörülmesi en uygun çözüm olmuştur.

TTK madde 1434/4 hükmüne göre, “bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir”. TTK madde 1434/3’te de feshe ilişkin ihtardan söz edildiğinden, burada bahsi geçen ihtarın fesih beyanına ilişkin ihtar olarak anlaşılması gerekmektedir³⁵¹.

Buna göre, sözleşmenin feshi için sigorta süresi içinde sonraki primlerden birinin ödenmemesi sebebiyle sigortacı ihtar göndermiş; ancak, bu ihtarla verilen asgari on günlük sürede prim borcu yerine getirilmemiştir. Daha sonra bir prim borcu yine yerine getirilmediğinden, tekrar fesih ihtarı gönderilmiştir. Bu düzenleme ile amaçlanan, ödemelerini sürekli aksatan sigorta ettiren ile sigorta sözleşmesinin, sigorta dönemi sonunda devam ettirilmeme hakkının sigortacıya tanınmasıdır. Ancak, sigorta dönemi sonunda sözleşme zaten kendiliğinden sona ereceğinden, bu hükmün pratikte pek bir faydası bulunmamaktadır³⁵². Sağlık sigortası sözleşmesi de kural olarak bir yıl süreli olarak düzenlendiğinden bu hükmün uygulanma alanı dardır.

4.1.4.1.2.1. Bir seneden sonraki primlerinde ödenmemesi durumunda

4.1.4.1.2.1.1. Ayrılma hakkı

Sağlık sigortası sözleşmesine uygulanacak hükümleri düzenleyen TTK madde 1519/2’de yapılan atıf dolayısıyla, hayat sigortaları için düzenlenen sigortadan ayrılmaya ilişkin TTK madde 1500 hükmü de sağlık sigortası hakkında uygulanmaktadır³⁵³.

³⁵⁰ DEMİRSATAN, Barış: “Zarar Sigortalarında Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Borcunda Temerrüdü”, İÜHFİM, Y. 2017, C. LXXV, S. 1, s. 381.

³⁵¹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 216.

³⁵² ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s. 83.

³⁵³ ÜNAN, s. 462.

Anılan hüküm gereğince: “*Sigorta ettiren, en az bir yıldan beri yürürlükte bulunan ve bir yıllık primi ödenmiş olan sigorta sözleşmelerinde, istediği zaman sözleşmeyi sona erdirerek sigortadan ayrılabilir. Ayrılma değeri, ayrılmanın istenildiği andaki genel kabul görmüş aktüerya kurallarına uygun bir biçimde hesaplanan değerdir*”.

Buna göre sağlık sigortası sözleşmesi en az bir yıl yürürlükte bulunduysa ve bir yıla ilişkin prim ödendiye, sigorta ettiren dilediği zaman sözleşmeyi sona erdirebilecek ve sigortadan ayrılabilir. Ancak, sigortalı ile sigorta ettiren aynı kişi değilse, sözleşmede aksi kararlaştırılmadıkça ayrılma hakkını kullanma imkânı sigorta ettirene değil, sigortalıya aittir (TTK madde 1493/6 kıyasen)³⁵⁴.

Doktrinde bir görüş, hayat sigortalarına ilişkin sigortadan ayrılma hakkındaki hükmün, sağlık sigortası sözleşmesi bakımından neden uygulanması gerekeceğinin anlaşılamadığını ifade etmektedir. Sağlık sigortasında, yalnızca risk primi alındığı ve sigortacının edim yükümlülüğünün doğması kesin olmadığı için kural olarak ayrılma değeri bulunmadığından, bu hükmün sağlık sigortasında uygulanmaması gerektiği belirtilmektedir³⁵⁵.

TTK madde 1519 gerekçesine göre ise sağlık sigortasının meblağ sigortası niteliği göz önüne alındığında, hayat sigortasına ilişkin düzenlemelerin de kural olarak sağlık sigortasına uygulanabileceği ifade edilmektedir. Kanun koyucu her ne kadar sağlık sigortasının meblağ sigortası niteliğini göz önüne alarak, TTK madde 1500’ün sağlık sigortalarına da uygulanabileceğini düzenlemekteyse de kanımızca anılan hüküm sağlık sigortasının niteliğine uygun düşmemektedir. Zira, sağlık sigortası sözleşmesinde, prim iadeli hayat sigortalarında olduğu gibi bir tasarruf primi ödenmemektedir. Bu bakımdan sigortadan ayrılma hâlinde, sigorta ettirene ödenebilecek bir ayrılma değeri bulunmamaktadır.

4.1.4.1.2.1.2. Ödünç verilmesini isteme hakkı

Zarar sigortası niteliği taşıyan sağlık sigortası sözleşmesine uygulanacak hükümleri düzenleyen TTK madde 1519/2’de yapılan atıf dolayısıyla, hayat sigortaları için düzenlenen sigortacıdan ödünç para vermesini istemeye ilişkin TTK madde 1501 hükmü de sağlık sigortası hakkında uygulanmaktadır.

³⁵⁴ CAN, s. 210.

³⁵⁵ ÜNAN, s. 463.

İlgili hükme göre: “*En az bir yıldan beri yürürlükte bulunan ve bir yıllık primi ödenmiş olan sigorta sözleşmelerinde, sigorta ettirenin istemesi hâlinde sigortacı, istem anındaki, genel kabul görmüş aktüerya kurallarına uygun bir biçimde hesaplanan değer üzerinden sigortalıya ödünç para vermek zorundadır*”.

Buna göre, bir yıl boyunca yürürlükte bulunmuş ve bu yıla ilişkin primi ödenmiş olan sağlık sigortası sözleşmesinde, sigorta ettirenin talebi hâlinde, sigortacının aktüerya kurallarına göre hesaplanan değer üzerinden sigortalıya ödünç para vermesi gerekmektedir. Eğer, sigortalı ile sigorta ettiren aynı kişi değilse, sözleşmede aksi kararlaştırılmadıkça ayrılma hakkını kullanma imkânı sigorta ettirene değil, sigortalıya aittir (TTK madde 1493/6 kıyasen)³⁵⁶.

Zarar sigortası niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesinde, hastalık veya kaza sonucu yaralanma rizikosunun gerçekleşmesi hâlinde ortaya çıkan tedavi giderlerinin ödenmesi söz konusudur. Bu bakımdan, ödenmiş primler sebebiyle sigortalıya ödenebilecek bir sigorta değeri bulunmamakta ve dolayısıyla ödünç para verilmesi söz konusu olmamaktadır. ÜNAN tarafından da, sağlık sigortası sözleşmesinde sigortacıdan ödünç alınmasının söz konusu olmaması sebebiyle, bu hükmün sağlık sigortasına uygulanmasının anlamsız olduğu ifade edilmektedir³⁵⁷.

4.1.4.1.2.1.3. Prim ödenmesinden muaf sigorta

Sağlık sigortası sözleşmesine uygulanacak hükümleri düzenleyen TTK madde 1519/2’de yapılan atıf dolayısıyla, hayat sigortaları için düzenlenen prim ödenmesinden muaf sigortaya ilişkin TTK madde 1502 hükmü sağlık sigortası hakkında uygulanmaktadır.

Anılan düzenlemeye göre: “*En az bir yıldan beri yürürlükte bulunan ve bir yıllık primi ödenmiş olan sigorta sözleşmelerinde, sigorta ettiren daha sonra prim ödeme borcunu yerine getirmezse, sigortacı bu sebeple sözleşmeyi feshedemez ve prim isteyemez. Bu hâlde sigorta, prim ödenmesinden muaf sigortaya dönüşür. Prim ödenmesinden muaf sigortada, sigorta bedeli ödenen primle sözleşme uyarınca ödenmesi gereken prim arasındaki orana göre ödenir*”.

³⁵⁶ CAN, s. 210.

³⁵⁷ ÜNAN, s. 463.

İlgili hükme göre, sözleşmenin ilk yılına ilişkin prim ödenmiş ancak sonraki yılın primi ödenmemişse, sigortacı bu sonraki primin tahsili için dava veya icra takibi açamayacağı gibi; sözleşmeyi de feshedemez. Bu durumda sigortacının sigorta bedeli ödeme borcu, ödenen primle ödenmesi gereken prim arasındaki orana göre yerine getirilmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde, hayat sigortalarında olduğu gibi, rizikonun gerçekleşmesi hâlinde ödenecek sigorta bedeli önceden belirlenebilir değildir. Bu sözleşmede, tasarruf primi değil; safi prim alınması söz konusu olmaktadır. Bu bakımdan, ilgili hükmün sağlık sigortası sözleşmesi bakımından uygulanabilmesi kanımızca mümkün değildir. Ayrıca, özel sağlık sigortası sözleşmesi, hayat sigortası gibi uzun süreli değil, genellikle bir yıl süreli düzenlenmektedir. Özel sağlık sigortası sözleşmesinin yenilenmesi hâlinde ise bu sözleşmeler birbirinin devamı niteliğinde değil; ayrı sözleşmelerdir. Bu sebeple de kanımızca, hayat sigortalarının niteliğine uygun düşen TTK madde 1502 hükmünün sağlık sigortası sözleşmesi bakımından uygulanması mümkün gözükmemektedir³⁵⁸.

4.1.4.1.3. Sözleşmeden doğan yükümlülüklerin ihlalinde

Kanun koyucu, sigorta ettirenin asli edim borcunu prim ödeme olarak kabul etmekte ve sigorta ettirenin yan yükümlülüklerini TTK madde 1435 ve 1448 arasında düzenleme altına almaktadır. TTK madde 1449 ile de sigorta sözleşmesi ile sigorta ettiren bakımından yan yükümlülükler getirilebileceğini ifade etmiştir. Bu yükümlülükler, zararın artmasını önleyici, koruyucu yan yükümlülükler olabileceği gibi rizikonun gerçekleşmesinden sonra ifaya yardımcı yükümlülükler de olabilir³⁵⁹.

Sağlık sigortası sözleşmesinden doğan yükümlülüklerle aykırılık hâlinde, sigortacı tarafından sözleşmenin kısmen veya tamamen feshedilmesi yoluyla sigortacının sigorta tazminatını ödemekten kurtulabilmesi mümkündür. TTK madde 1449'a göre: "*Sigortacıya karşı yerine getirilmesi gereken ve sözleşmeden doğan bir yükümlülüğün ihlali hâlinde, bu Kanunda ve diğer kanunlarda yer alan özel düzenlemeler hariç olmak üzere, sigortacının sözleşmeyi kısmen veya tamamen feshederek ifadan kurtulabileceğine ilişkin hükümler, ihlalde kusur bulunmaması hâlinde sonuç doğurmaz*". Buna göre, sözleşmenin feshi

³⁵⁸ Benzer görüş için bkz. AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 212.

³⁵⁹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 210.

yalnızca sigorta ettirenin sözleşmenin ihlalinde kastı bulunması hâlinde mümkün olabilecektir³⁶⁰.

Sağlık sigortası sözleşmesinin bu maddeye dayanılarak feshedilebilmesi için TTK madde 1449 kapsamında sözleşmeden öngörülen yükümlülüklerin, TTK’da düzenlenmiş yükümlülüklerden farklı olması gerekmektedir.

Ayrıca, ilgili ihlalin kusura dayanması hâlinde, ihlalin öğrenilmesinden itibaren bir ay içerisinde fesih hakkının kullanılması gerekmektedir (TTK madde 1449/2).

TTK madde 1449/3 gereğince: “*Sigortacı ihlalin, rizikonun gerçekleşmesine ve sigortacının yerine getirmesi gereken edimin kapsamına etki etmediği durumlarda, sözleşmeyi feshedemez*”. Buna göre, ihlal ile rizikonun gerçekleşmesi ve sigortacının edimi arasında illiyet bağı bulunmalıdır. TTK madde 1449 düzenlemesi, TTK madde 1452/3 gereğince, sigorta ettiren, sigortalı ve lehtar aleyhine değiştirilemez. Bu bakımdan ilgili hüküm nispi emredici niteliktedir³⁶¹.

Sigortacının sözleşmenin bazı hükümlerini haklı sebeplerle feshetmesi de mümkündür. Ancak bu hâlde, TTK madde 1415/1 gereğince, sigorta sözleşmesinin geri kalan hükümlerle aynı şartlarda yapılamayacağı anlaşılırsa, sözleşme tümüyle feshedilebilir veya sözleşmeden cayılabilir.

4.1.4.2. Sigorta ettirenin fesih hakkı

4.1.4.2.1. Primin tek taraflı arttırılmasında fesih

Kanun koyucu sigorta ettirene bazı hâllerde tek taraflı fesih hakkı tanımıştır. TTK madde 1414’te sigorta priminin artırılmasında, sigorta ettirenin fesih hakkı düzenlenmiştir. Buna göre: “*Sigortacı, sigorta teminatının kapsamında değişiklik yapmadan, ayarlama şartına dayanarak primi yükseltirse, sigorta ettiren, sigortacının bildirimini aldığı tarihten*

³⁶⁰ GÜLHAN, s. 64.

³⁶¹ ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s. 97.

itibaren bir ay içinde sözleşmeyi feshedebilir". Bu bir aylık süre, hak düşürücü süre niteliğindedir³⁶².

Bazı sigorta sözleşmelerinde, primin sözleşme dönemi içerisinde ayarlanacağına ilişkin bir şart konulabilir. Bu şekilde prim, sözleşme süresi içerisinde değişen koşullara göre sigortacı tarafından tek taraflı olarak arttırılabilir³⁶³.

TTK madde 1414 gerekçesinde, pratikte sigorta sözleşmelerinin kural olarak uzun dönemli veya en az bir yıl için yapıldığı, bu süre içerisinde sigorta ettirenin prim farkındaki yükselmeleri ödeyemeyecek hâle düşebileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, sigorta ettirene ayarlama koşuluna bağlı olarak sözleşme süresi içerisinde prim artışı olması hâlinde, sözleşmeyi feshedebilme imkânı tanınmıştır³⁶⁴.

4.1.4.2.2. Bilgilendirme yükümlülüğünün ihlalinde fesih

Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik madde 7’de sigorta ettirene fesih hakkı tanınmıştır. İlgili düzenlemeye göre: *“Sigorta sözleşmesinin kurulması ve devamı sırasında; bilgilendirme yükümlülüğü gereği gibi yerine getirilmemiş veya sigortacı hakkında yanıltıcı bilgi verilmiş veya Bilgilendirme Metninde yer alan bilgiler gerçeğe aykırı şekilde düzenlenmiş ve bu hâllerden herhangi biri sigorta ettirenin kararına etkili olmuş ise sigorta ettiren sigorta sözleşmesini feshedebileceği gibi, varsa uğradığı zararın tazminini de talep edebilir”*.

TTK madde 1423/2’de ise *“aydınlatma açıklamasının verilmemesi hâlinde, sigorta ettiren, sözleşmenin yapılmasına on dört gün içinde itiraz etmemişse, sözleşme poliçede yazılı şartlarla yapılmış olacağı”* düzenlenmiştir. Bu itirazın yapılması hâlinde ise, ne gibi sonuçlar doğacağı hakkında TTK’da açıklık bulunmamaktadır³⁶⁵.

TTK’da, sigortacı tarafından bilgilendirme yükümlülüğünün yerine getirilmemesinde, sigorta ettirene fesih hakkı açıkça tanınmamıştır; ancak, on dört gün içinde sözleşmeye itiraz

³⁶² GÜLHAN, s. 72.

³⁶³ ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s. 120.

³⁶⁴ Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 432.

³⁶⁵ ÖZDAMAR, s. 356.

etme imkânı sağlanmıştır. Bu bakımdan, kanımızca TTK'da düzenlenmeyen fesih hakkının, Bilgilendirme Yönetmeliği ile tanınması kanun yapma tekniğine aykırı olmuştur.

Doktrinde de bu husus eleştiri konusu olmuştur. Bir görüşe göre, sigortacının bilgilendirme yükümlülüğüne aykırı davranması hâlinde, TTK madde 1423/2 ve Bilgilendirme Yönetmeliği madde 7 hükmünde sigorta ettirene verilen haklar birbiriyle çelişmektedir. TTK düzenlemesine göre, sigorta ettirenin on dört gün içinde itirazda bulunmaması hâlinde, bilgilendirme yükümlülüğünün yerine getirilip getirilmemesinin önem taşımayacağı anlaşılmaktadır. Bu durumda, sigorta ettirenin daha sonra, Bilgilendirme Yönetmeliği madde 7 düzenlemesine dayanarak, bilgilendirilmediği gerekçesiyle sözleşmeyi feshetmesi veya tazminat istemesi isabetli değildir. Bu bağlamda ikincil mevzuat konumundaki yönetmelik hükmünün, kanun koyucu tarafından TTK madde 1423 hükmüne uygun hâle getirilmesi gerekmektedir³⁶⁶.

Bir başka görüşe göre de yönetmelik ve kanun düzenlemesi arasındaki çelişki sebebiyle, Bilgilendirme Yönetmeliği madde 7'nin uygulanması mümkün değildir. Bu bakımdan, Bilgilendirme Yönetmeliği hükümlerinin TTK hükümleri ile uyumlu şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, bilgilendirme yükümlülüğünün yerine getirilmesine ilişkin Bilgilendirme Yönetmeliği hükümlerinin, TTK ile birlikte uygulanması mümkündür. Öyle ki, TTK'da yükümlülüğün yerine getirilme usulüne ilişkin herhangi bir hüküm bulunmamaktadır. Sigortacının bilgilendirme yükümlülüğüne aykırı davranmasının, yalnızca itiraz hakkını düzenleyen TTK madde 1423 hükmüne tâbi kılınması, ilgili düzenleme ile ulaşılması amaçlanan duruma uygun düşmemektedir³⁶⁷.

Bizim görüşümüze göre, sigortacının bilgilendirme yükümlülüğünü ihlâli halinde sigorta ettirene tanınan fesih hakkının uygulanabilmesi için TTK'da açık bir hüküm bulunması gerekmektedir. Bunun haricindeki yükümlülüğün ifasına ilişkin Bilgilendirme Yönetmeliği hükümlerinin uygulanmasında hukuken bir engel bulunmamaktadır. Bilgilendirme Yönetmeliği madde 7'de tanınan fesih ve tazmin hakkının, uygulamadaki sorunları dikkate alarak, özellikle sağlık sigortası sözleşmesi bakımından etkili ve sigorta ettireni/sigortalıyı koruyucu bir düzenleme olduğunu söylemekte fayda bulunmaktadır. Bu bakımdan kanımızca, TTK'daki bu eksikliğin öncelikle giderilmesi daha uygun bir çözüm

³⁶⁶ ARAL ELDELİKLİOĞLU, s. 389, 399.

³⁶⁷ ÖZDAMAR, s. 357.

olacaktır. Ayrıca, Bilgilendirme Yönetmeliği madde 7’de fesih ihbarında bulunmanın süresi ve şekli de düzenlenmemiştir. TTK’da bu hakkın tanınması ile birlikte, sigorta ettirenin fesih ihbarında bulunmasının süresi ve ihbarın şeklinin de düzenlenmesi faydalı olacaktır.

Yargıtay 17. Hukuk Dairesi’nin güncel bir kararında³⁶⁸, bilgilendirme yükümlülüğünün yerine getirilmesi bakımından TTK madde 1423 düzenlemesi esas alınarak on dört gün içinde sözleşmeye itiraz edilmemişse, sözleşmenin poliçede yazılı şartlarda yapılmış sayılacağına hükmedilmiştir.

4.1.4.3. Olağanüstü durumlarda fesih

4.1.4.3.1. Tarafların konkordato ilan etmesi

TTK madde 1413/1’de, sigortacının konkordato ilan etmesi hâli düzenlenmektedir. Buna göre: “*Sigortacının konkordato ilan etmesi, ilgili sigorta dalına ilişkin ruhsatının iptal edilmesi veya sözleşme yapma yetkisinin kaldırılması gibi hâllerde; sigorta ettiren, bu olguları öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sigorta sözleşmesini feshedebilir*”.

İlgili düzenlemede; konkordato ilanı, ruhsat iptali veya sözleşme düzenleme yetkisinin kaldırılması gibi hâller denilmek suretiyle, fesih hakkının bunlarla sınırlı olmadığı ifade edilmektedir³⁶⁹. Kanun koyucu, bu gibi hâllerde sigortacının sözleşmesel yükümlülüklerini yerine getirememesi ihtimalini göz önüne alarak, sigorta ettirene sözleşmeyi feshetme imkânı tanımıştır³⁷⁰.

Konkordato, iyi niyetli bir borçlunun imtiyazsız alacaklılarının (üçte ikisi) çoğunluğu ile yaptığı ve ticaret mahkemesinin onayı ile hüküm doğuran cebri bir anlaşmadır. Bu anlaşma ile imtiyazsız alacaklılar borçluya karşı alacaklarının belli bir oranından feragat eder

³⁶⁸“(…) davaya konu poliçe, sözleşmenin kurulmasından sonra, elektronik ortamda davacıya gönderilmiş olup, koroner arter hastalığı poliçe kapsamında sayılan tehlikeli hastalıklar arasında yer almamaktadır. Davacı 6102 sayılı TTK ve 4077 sayılı TKHK nun yukarıda anılan hükümlerine göre yasal süresi içinde poliçeye itiraz etmediğine ve cayma hakkını da kullanmadığına göre; sözleşmenin poliçede yazılı şartlarla yapılmış olduğunun kabulü gerekirken, koroner arter hastalığı ve buna bağlı gelişen kalp krizininin 90 günlük muafiyet süresi kapsamında olmadığından ve ilk derece mahkemesince davanın kabulüne karar verilmesinin usul ve yasaya uygun olduğundan bahisle davalı vekilinin istinaf başvurusunun esastan reddine karar verilmesi doğru görülmemiş ve karar bozmayı gerektirmiştir.”, Yargıtay 17. HD. 19.02.2020, E. 2018/1213, K. 2020/1723, [www.karararama.yargitay.gov.tr, (E.T.: 15.11.2021)].

³⁶⁹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 239.

³⁷⁰ GÜLHAN, s. 70, 71.

ve borçlu, borçlarının konkordato ile tasdik edilen kısmını ödeyerek borcun tümünden kurtulmaktadır³⁷¹.

Aynı şekilde, TTK madde 1413/2’de, sigorta ettirenin konkordato ilan etmesi hâlinde de sigortacıya fesih hakkı tanınmıştır. Buna göre: “*Primlerin tamamını ödememişken sigorta ettiren konkordato ilan etmişse, sigortacı, bunu öğrendiği tarihten itibaren, bir aylık bildirim süresine uyarak, sigorta sözleşmesini feshedebilir*”. Ancak bu hüküm, zorunlu sigortalar ile prim ödemesinden muaf hâle gelmiş can sigortalarında uygulanmamaktadır. TTK’da öngörülen bir aylık süre, hak düşürücü süre niteliğindedir³⁷².

TTK’nın bu düzenlemesi ile kanun koyucu, özellikle Sig. Kanunu’na göre mali zayıflık içerisinde olan veya sigortalıların hak ve çıkarlarını koruyamadığı için sigorta şirketinin ruhsatının iptal edilmesi veya şirketin sözleşme düzenleme yetkisinin kaldırılması ya da konkordato ilan etmesini, sigorta ettirenler bakımından haklı fesih sebebi saymaktadır. Diğer yandan, sigortalı lehine yorum kuralı gereği, her ne kadar eşitlik ilkesi sigorta sözleşmelerinde sigortalı lehine yorumlanmaktaysa da sigortacının da menfaatlerinin korunması amacıyla, prim ödeme borçlusu durumundaki sigorta ettirenin konkordato ilan etmesi hâlinin de sigortacı için haklı fesih sebebi olacağı düzenlenmiştir³⁷³.

4.1.4.3.2. Tarafların aczi, takibin semeresiz kalması

Sigorta sözleşmesi akdedildikten sonra, ekonomik faktörler sebebiyle sigortacının ya da sigorta ettirenin mali durumunda birtakım değişiklikler olabilir ve sözleşmenin tarafları, borçlarını ödemekte acze düşebilirler. Sigorta ettirenin aczi, sigortacı bakımından çok büyük bir tehlikeye sebep olmazken; sigortacının aczi, tüm sigorta ettirenler bakımından büyük bir risk oluşturmaktadır. Bu duruma ilişkin olarak, sigorta ettirenin haklarının korunması için gerek Sig. Kanunu gerekse TTK’da koruyucu hükümlere yer verilmiştir³⁷⁴. TTK madde 1417 ile taraflardan birinin aciz hâline düşmesi hâlinde, diğer tarafa fesih hakkı tanınmıştır.

³⁷¹ KURU, Baki: İstinaf Sistemine Göre Yazılmış İcra ve İflas Hukuku, Legal Kitabevi, İstanbul 2016, s. 680; PEKCANITEZ, Hakan / ATALAY, Oğuz / SUNGURTEKİN ÖZKAN, Meral / ÖZEKES, Muhammet: İcra ve İflas Hukuku, Yetkin Yayınları, Ankara 2012, s. 757, 758.

³⁷² GÜLHAN, s. 71.

³⁷³ Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 432.

³⁷⁴ KAYIHAN/BAĞCI, s. 253.

TTK madde 1417/1 gereğince: “Sigorta ettiren, aciz hâline düşen veya hakkında yapılan takip semeresiz kalan sigortacıdan, taahhüdünün yerine getirileceğine ilişkin teminat isteyebilir. Bu istemden itibaren bir hafta içinde teminat verilmemiş ise sigorta ettiren sözleşmeyi feshedebilir”.

Benzer şekilde TTK madde 1417/2 gereğince de sigortacı, primin ödenmesinden önce acze düşen, iflas eden veya hakkında yapılan icra takibinde semere elde edilemeyen sigorta ettirenden, prim ödeme taahhüdünün yerine getirilmesine dair teminat göstermesini talep edebilir ve bir hafta içinde teminat gösterilememişse, sigortacı sözleşmeyi feshedebilir.

Sigorta ettirenin prim ödemedi aczini düzenleyen bu hüküm, TTK madde 1434’te düzenlenen, sigorta ettirenin prim ödemedi temerrüde düşmesi hâlinde farklıdır. TTK madde 1417/2’de, sigorta ettirenin henüz temerrüde düşmesi söz konusu olmadan önce aczi veya hakkında yapılan takibin semeresiz kalması hâlinde teminat istenmesi ve bir hafta içinde verilmemiş olması hâlinde sözleşmenin feshi mümkün olmaktadır³⁷⁵.

TTK madde 1417’nin TBK’daki karşılığı, ifa güçsüzlüğüne ilişkin TBK madde 98 hükmüdür³⁷⁶. Buna göre: “Karşılıklı borç yükleyen bir sözleşmede, taraflardan birinin borcunu ifada güçsüzlüğe düşmesi ve özellikle iflas etmesi ya da hakkındaki haciz işleminin sonuçsuz kalması sebebiyle diğer tarafın hakkı tehlikeye düşerse bu taraf, karşı edimin ifası güvence altına alınıncaya kadar kendi ediminin ifasından kaçınabilir. Hakkı tehlikeye düşen taraf, ayrıca uygun bir sürede istediği güvence verilmezse sözleşmeden dönebilir”.

Borçlunun aciz hâline düşmesi, borçlunun ifa güçsüzlüğü içinde bulunması anlamına gelmektedir. TTK madde 1417 düzenlenmesinde TBK’dan farklı olarak, sigortacının sigorta ettirenin aczi sebebiyle sözleşmeyi sona erdirebilmesi için, aciz hâlinin prim ödenmeden önce gerçekleşmesi gerekmektedir³⁷⁷.

TTK madde 1417 gereği, aciz nedeniyle sağlık sigortası sözleşmesinin sona erdirilebilmesi için taraflardan birinin acze düşmesi, akabinde alacaklı tarafın teminat

³⁷⁵ GÜLHAN, s. 66.

³⁷⁶ KAYIHAN/BAĞCI, s. 253.

³⁷⁷ KAYIHAN/BAĞCI, s. 254.

talebinde bulunması ve o taraf bir hafta içinde teminat gösteremezse, sözleşmenin feshi mümkün olabilecektir.

TTK madde 1417 düzenlemesinin, TTK madde 1434'te hüküm altına alınan sigorta ettirenin prim ödemede temerrüde düşmesi düzenlemesine nazaran özel nitelikte olduğunu belirtmek gerekmektedir. TTK madde 1434 ile sigorta ettiren prim ödeme borcunda temerrüde düşerse, sigortacının, üç ay içinde sözleşmeden dönme; sonraki taksitlerin ödenmesinde temerrüde düşülürse, on günlük süre vererek sözleşmeyi feshetme hakkına sahip olacağı düzenlenmiştir. Bu hakların sigortacı tarafından kullanılabilmesi için borcun muaccel olması ve sigorta ettirenin temerrüde düşmesi gerekmektedir. Oysa TTK madde 1417'de, sigorta ettiren henüz temerrüde düşmeden yani prim ödeme borcu muaccel olmadan aciz hâli ortaya çıkarsa, sigortacı teminat isteyebilir ve bu teminat bir hafta içinde verilmezse sözleşme sona erdirilebilir³⁷⁸.

4.1.5. Sigortacının iflası

İflas, iflas organları tarafından alacaklıların alacağını tahsil amacıyla borçlunun tüm malvarlığı üzerinde gerçekleştirilen ve 2004 sayılı İcra ve İflas Kanunu³⁷⁹'nda (İİK) düzenlenen bir cebri tasfiye yoludur. İflasa tâbi kişilerin iflas yoluyla takip edilmesi alacaklılarına tanınmış bir haktır ve borcun süresi içinde ödenmemesi hâlinde şartlar oluştuğunda, o kişi hakkı hakkında iflas kararı verilebilir³⁸⁰.

Sigorta şirketi hakkında bu şekilde bir iflas kararı mevcut olduğu takdirde, sigorta ettirenlerin korunması amacıyla sözleşmenin sona ereceği TTK madde 1418'de düzenlenmiştir. TTK madde 1418/1'e göre: *“Sigortacının iflası hâlinde sigorta sözleşmesi sona erer. Sigortacının iflasından önce ödenmeyen tazminatlar, özel hükümler saklı kalmak kaydıyla, önce 3/6/2007 tarihli ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu gereğince sigortacı tarafından ayrılması gereken teminatlardan, sonra iflas masasından karşılanır”*.

Buna göre, sigortacının iflasından önce muaccel olmuş sigorta tazminatları bakımından, sigortacının tazminat ödeme borcu sona ermemektedir. Bu durumda, sağlık

³⁷⁸ KAYIHAN/BAĞCI, s. 255, 256.

³⁷⁹ RG. 19.6.1932, S. 2128.

³⁸⁰ PEKCANITEZ/ATALAY/SUNGURTEKİN ÖZKAN/ÖZEKES, s. 599.

sigortası sözleşmesi bakımından sigortacının sağlık giderlerini ödeme borcu iflastan önce muaccel olduysa, sigorta ettiren veya sigortalı bu alacaklarını Sig. Kanunu gereğince ayrılması gereken teminattan karşılayacaklardır. Bu bakımdan, sözleşmenin ileriye etkili olarak sona ereceğini söylemek mümkündür³⁸¹.

Ayrıca, maddede yalnızca zarar sigortalarını ima edecek şekilde tazminatlardan bahsedilmesi KAYIHAN ve BAĞCI tarafından eleştirilmiştir. Burada kastedilenin, meblağ sigortalarını da kapsayacak şekilde, iflastan önce muaccel olmuş sigorta bedeli olduğu ifade edilmektedir³⁸². Bizce de kanun koyucunun tazminatlar ibaresini kullanması hatalı olmuştur. TTK madde 1418 düzenlemesinin genel hüküm olması ve de sigorta ettirenleri koruma amaçlı olarak düzenlenmiş olduğu göz önüne alındığında, gerek zarar gerekse meblağ sigortaları bakımından uygulanması gerektiği açıktır.

Bu bakımdan hem meblağ hem de zarar sigortası olarak düzenlenebilen sağlık sigortası sözleşmesi, sigortacının iflası hâlinde sona erecek ve sigorta ettirenin iflastan önce muaccel olmuş sigorta alacağı, öncelikle Sig. Kanunu gereğince sigortacı tarafından ayrılan teminatlardan, sonrasında ise iflas masasından karşılanacaktır.

Sigorta bedeli alacaklısı olan sigorta ettiren /sigortalı, Sig. Kanunu’nun 10/4. maddesi ve TTK madde 1418/2 gereğince imtiyazlı alacaklılardır ve iflas masasına üçüncü sırada katılırlar³⁸³.

Ayrıca, Sig. Kanunu madde 17/6 gereğince “teminatlar, sigortalıların tüm alacakları ödenmeden iflas veya tasfiye masasına dâhil edilemez, haczolunamaz, üzerlerine ihtiyati tedbir ve ihtiyati haciz konulamaz”.

Gerek TTK gerekse Sig. Kanunu bakımından, sigorta ettirenin/sigortalının alacakları önceliklidir ve sigortacının diğer alacaklılarının, sigorta ettirenlere olan borçlar ödenmedikçe, bu teminatlara başvuru imkânı bulunmamaktadır³⁸⁴.

³⁸¹ KAYIHAN /BAĞCI, s. 256.

³⁸² KAYIHAN/BAĞCI, s. 257.

³⁸³ ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s. 122.

³⁸⁴ KAYIHAN/BAĞCI, s. 257.

4.1.6. Kısmi fesih ve cayma

TTK madde 1415 düzenlemesi gereğince: *“Sigortacının sigorta sözleşmesini, bazı hükümlerine ilişkin olarak feshetmesi veya ondan cayması haklı sebeplere dayanıyorsa ve sigortacının sözleşmeyi geri kalan hükümlerle, aynı şartlarla yapmayacağı durumdan anlaşılıyorsa, sigortacı sözleşmenin tamamını feshedebilir veya ondan cayabilir”*. Buna karşılık: *“sigortacı, sözleşmeyi kısmen feshetmiş veya ondan caymışsa, sigorta ettiren de sözleşmenin tamamını feshedebilir veya ondan cayabilir”*.

Bu düzenleme ile gerek sigortacı gerekse de sigorta ettiren bakımından menfaatler dengesi korunarak, feshedilen veya cayılan hükümler olmadan sözleşmenin devam ettirilmek istenmemesi hakkı, kanun koyucu tarafından taraflara tanınmış bulunmaktadır³⁸⁵.

TTK’nın bu düzenlemesi, TBK madde 27/2’de yer alan kesin hükümsüzlük düzenlemesinin bir karşılığı niteliğindedir³⁸⁶. TBK madde 27/2 düzenlemesine göre: *“Sözleşmenin içerdiği hükümlerden bir kısmının hükümsüz olması, diğerlerinin geçerliliğini etkilemez. Ancak, bu hükümler olmaksızın sözleşmenin yapılmayacağı açıkça anlaşılırsa, sözleşmenin tamamı kesin olarak hükümsüz olur”*.

Sigorta sözleşmesinden kısmen cayılması, kural olarak birleştirilmiş sigorta sözleşmelerinde söz konusu olmaktadır. Bu tip sigortalarda, birden fazla riziko, menfaat veya kişinin sigortası, tek bir poliçeyle yapılmaktadır. Örneğin; birden fazla sigortalının bulunduğu bir sözleşmede, sözleşme öncesi beyan yükümlülüğünün ihlalinin bir kişi için söz konusu olduğu hâlde, sigortacı sözleşmenin yalnızca o kişi ile ilgili kısmından cayabilir³⁸⁷.

Doktrinde bir görüş, sağlık sigortası sözleşmesi bakımından anılan hükmün uygulanmaması gerektiğini ifade etmektedir³⁸⁸. Kanımızca, sigortacının sözleşmeden tümüyle caymasının önüne geçilebilmesi bakımından kısmen fesih ve cayma hâlinin sağlık sigortası sözleşmesi bakımından da uygulanması sigorta ettirenin ve sigortalının lehine olacaktır.

³⁸⁵ KAYIHAN/BAĞCI, s. 251.

³⁸⁶ KAYIHAN/BAĞCI, s. 251.

³⁸⁷ ŞEKER ÖĞÜZ, s. 177.

³⁸⁸ ÜNAN, s. 462.

4.1.7. Sigorta sözleşmesinin cayma ile sona ermesi

4.1.7.1. Genel olarak

TTK'da fesih ve cayma başlığı altında yer alan TTK madde 1413 ve 1414'te yalnızca fesih kavramı düzenlenmişken; TTK madde 1415'te fesih ve cayma kavramları birlikte düzenlenmiştir. Doktrinde, söz konusu hükümde kullanılan cayma ifadesinin, sözleşmeden dönme anlamında olduğu savunulmaktadır³⁸⁹.

Sözleşmeden dönme ile kural olarak sözleşme ilişkisi geçmişe etkili olacak şekilde sona ererken; fesih, sözleşmeyi geleceğe etkili şekilde sona erdirmektedir³⁹⁰. Bu konuda TBK madde 138/1 düzenlemesinde, sürekli edimli sözleşmelerde borçlunun kural olarak dönme hakkını değil, fesih hakkını kullanacağına yer verilmiştir. Buna göre, sürekli edimli bir sözleşmede kısmi ifa söz konusu olduğunda, sözleşmenin ifa edilen kısmının tasfiyesi mümkün bulunmamaktadır. Bu bakımdan, sözleşme ilişkisinin ani edimli olduğu hâllerde, sözleşmeden dönme söz konusu olabilecek ve sözleşme geçmişe etkili olarak sonuç doğuracaktır³⁹¹.

Kanun koyucu, TTK düzenlemesinde sigorta sözleşmesini sona erdiren tek taraflı irade beyanlarını, bazen fesih bazen de cayma olarak ifade etmektedir. Cayma, geçmişe etkili olurken; fesih, geleceğe etkili sonuçlar doğurur ve sürekli borç ilişkisi doğuran sözleşmelerde sözleşmeyi sonlandıran irade beyanının kural olarak fesih olduğu kabul edilmektedir. Bu sebeple, kanun koyucunun sigorta sözleşmesini sona erdiren irade beyanı için kullandığı cayma teriminin, sona erme kesin şekilde geçmişe etkili olarak sona ermiyorsa, fesih şeklinde anlaşılması gerektiği CAN tarafından ifade edilmektedir³⁹².

Sürekli borç ilişkisi doğuran sigorta sözleşmesinde taraflar, sigorta sözleşmesinin ifa aşamasına geçilmiş ise fesih hakkını kullanabilecek; ancak, henüz ifa aşamasına geçilmemiş ise cayma hakkını kullanabilecektir³⁹³. İfa aşamasından kasıt, sigortacının sorumluluğunun

³⁸⁹ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 242; HACİÖMEROĞLU, s. 63; KAYIHAN/BAĞCI, s. 215.

³⁹⁰ ÜNAN, *Hayat Sigortası*, s. 160.

³⁹¹ OĞUZMAN/ÖZ, s. 381, 384.

³⁹² CAN, *3. Bası*, s. 328.

³⁹³ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 242.

başlama anıdır. Bu da aksi kararlaştırılmamışsa, primin veya ilk taksitinin ödenmesiyle başlayacaktır³⁹⁴.

TTK madde 1430/3 düzenlemesi de bu görüşü destekler niteliktedir. Buna göre: *“Sigorta ettiren, sigortacının sorumluluğu başlamadan önce, kararlaştırılmış primin yarısını ödeyerek sözleşmeden cayabilir. Sözleşmeden kısmi cayma hâlinde, sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu prim, cayılan kısma ilişkin primin yarısıdır”*. İlgili hükümde bahsi geçen cayma teriminden kastedilen, sözleşmeden dönmedir³⁹⁵.

4.1.7.2. Sigortacının cayma hakkı

4.1.7.2.1. Prim ödeme borcunda temerrüt hâlinde sigortacıya tanınan cayma hakkı

Sigorta ettirenin prim ödemede temerrüde düşmesi hâlinde sigortacının cayma hakkı, TTK madde 1434/2 ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 8’de düzenlenmiştir. TTK madde 1434/2 ve Genel Şartların 8. maddesinin 3. bendi uyarınca: *“İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur”*.

Bu maddede, sözleşmenin ifasına geçilmediğinden, kanun koyucu tarafından cayma kavramına yer verilmiştir. Öyle ki, TTK madde 1421/1 uyarınca sigortacının sorumluluğu, aksine sözleşme yoksa primin veya ilk taksitinin ödenmesiyle başlamaktadır. Dolayısıyla, primin ilk taksitinin veya tamamının bir defada ödeneceğinin kararlaştırılması hâlinde, prim ödenmediği takdirde, sözleşmenin ifasına da geçilmemiş olduğundan, sigortacı sözleşmeyi tek taraflı ve geçmişe etkili olarak sona erdirebilir. Dolayısıyla, TTK madde 1434/2’de yer verilen cayma kavramının sözleşmeden dönme olarak nitelendirilmesi mümkündür³⁹⁶.

³⁹⁴ ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s. 81.

³⁹⁵ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 242.

³⁹⁶ KAYIHAN/BAĞCI, s.215.

Ancak, TTK madde 1421 düzenlemesinin mutlak emredici olmaması bakımından, sorumluluğun prim ödenmeden önce başlayacağını kararlaştırılması da mümkündür³⁹⁷. Böyle bir durum söz konusu ise, TTK madde 1434/2 gereği sigortacının sözleşmeden dönme yerine fesih hakkını kullanması gerekmektedir³⁹⁸.

TTK madde 1434/2 ve Genel Şartları madde 8/3 düzenlemesi gereğince sigortacı prim ödeme borcunda temerrüde düşüldüğü tarihten itibaren üç ay içerisinde cayma hakkına sahip olup, bu süre içerisinde cayma hakkını kullanmasa bile sözleşme, üç ayın sonunda kendiliğinden sona ermektedir. Ancak, bunun için sigortacı, bu üç aylık süre içinde alacağını dava veya takip yoluyla talep etmemiş olmalıdır. Böylece primin ödenmemesi ve sigortacının da bu konuda bir talepte bulunmaması hâlinde, sözleşme kendiliğinden sona ermektedir³⁹⁹.

Doktrinde bu hüküm eleştiri konusu olmuştur. Sigorta sözleşmesinin sigorta ettirene hiçbir bildirim yapılmaksızın sona erdirilmesinin, tüketici sıfatını haiz sigorta ettiren bakımından tüketicinin korunması ilkesine aykırı olduğu ifade edilmektedir⁴⁰⁰. Kanımızca, sigorta sözleşmesi akdetme iradesine sahip sigorta ettiren, en azından ilk primi ödeme borcunu yerine getirmeli ve sözleşmenin sona ermesi için ayrıca bir bildirimde bulunulması gerekmemelidir. Nitekim kanun koyucu, TTK madde 1434 gerekçesinde bu düzenlemenin amacını şu şekilde açıklamıştır: “(...) sigortacının, prim ödeme borcundaki temerrüt nedeniyle her bir sigorta sözleşmesi için ihtarname göstermesinin oldukça masraflı ve sigorta şirketlerinin portföyleri ve sigorta sözleşmenin süresi de göz önünde bulundurulduğunda takibinin de zor olduğu açıktır. Bu noktada, Alman Sigorta Sözleşmesi Kanununda olduğu gibi konu ilk prim taksitinin veya primin tamamının vadede ödenmesi hâli ile sonraki prim taksitlerinin vadede ödenmesi hâlleri farklı düzenlemelere tâbi tutulmuştur. Uygulamadaki kolaylık açısından, ilk veya defaten ödenecek primin vade tarihinden belli bir sürede ödenmemesi hâlinde sözleşmenin otomatik olarak sona ermesi, müteakip primlerdeki temerrüt hâlinde bir yıldan uzun süreli can sigortaları için kabul edilen prosedürün korunması, ancak temerrüt nedeni ile bir sigorta dönemi içinde iki defa sigorta ettirene ihtar gönderilmiş olması hâlinde sigortacıya da, sigorta döneminin sonunda

³⁹⁷ ÇEKER, s. 110.

³⁹⁸ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 243.

³⁹⁹ KAYIHAN/BAĞCI, s. 215.

⁴⁰⁰ ARAL ELDELİKLİOĞLU, *Prim Ödeme Borcu*, s. 214; KENDER, s. 240.

hüküm doğuracak şekilde sözleşmeyi feshedebilme hakkının tanınmasının menfaatler dengesi açısından uygun olacağı düşünülmüştür.(...)''⁴⁰¹.

4.1.7.2.2. Beyan yükümlülüğünün ihlali hâlinde sigortacıya tanınan cayma hakkı

Sigorta ettirenin beyan yükümlülüğünü ihlali hâlinde, sigortacıya cayma hakkı, TTK 1438 ilâ 1442 maddeleri arasında ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6'da tanınmıştır. Sigorta ettirenin sözleşmenin kuruluşu aşamasında beyan yükümlülüğünü ihlal etmesi hâlinde, riziko henüz gerçekleşmemişse, sigortacı TTK madde 1439/1 gereği sözleşmeden cayabilir. İlgili hükme göre: *“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”*.

Şayet beyan yükümlülüğünün ihlal edildiği rizikonun gerçekleşmesinden önce öğrenilmişse, sigortacının iki seçimlik hakkı olacaktır. Bunlar; sözleşmeden caymak ya da prim farkı isteyerek sözleşmeyi devam ettirmektir. Bu düzenlemede, sigorta ettirenin kusurunun bulunup bulunmadığı hususu dikkate alınmamıştır⁴⁰².

Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 6 düzenlemesinde ise, beyan yükümlülüğünün ihlali hâlinde sigorta ettirenin kusurunun bulunup bulunmaması farklı sonuçlara bağlanmıştır. Sigorta ettirenin kastı varsa, sigortacının cayma hakkını kullanabileceği ve riziko gerçekleşmiş ise tazminat borcunun ortadan kalkacağı; sigorta ettirenin kastı bulunmuyorsa, sigortacının fesih hakkını kullanabileceği veya prim farkı talep ederek sözleşmeyi devam ettirebileceği düzenlenmiştir.

TTK'da rizikonun gerçekleşmesinden önce beyan yükümlülüğünün ihlali hâlinde, kusur yönünden bir ayırım yapılmaması, doktrinde eleştirilmiştir. Sigorta ettirenin kusurunun

⁴⁰¹ Türk Ticaret Kanunu Tasarısı ve Adalet Komisyonu Raporu, TBMM, Dönem: 23, Yasama Yılı: 2, Sıra Sayısı: 96, s. 438.

⁴⁰² KAYIHAN/BAĞCI, s. 224.

bulunmadığı hâllerde, sigortacının sözleşmeden caymak yerine prim farkı isteyerek sözleşmeyi devam ettirmesinin, tüketici sıfatını haiz sigorta ettiren/sigortalı bakımından daha koruyucu bir hüküm olabileceği ifade edilmektedir. Bu nedenle, doktrinde sigortacının bu haklarından birini kullanırken, sigorta ettiren bakımından en lehe sonuç doğuracak olanı tercih etmesi gerektiği belirtilmektedir⁴⁰³.

TTK madde 1440'ta caymanın şekli ve süresi hüküm altına alınmıştır. Buna göre: *“Caymanın sigorta ettirene bir beyanla yöneltilmesi şarttır”*. Kural olarak cayma hakkının kullanılması herhangi bir şekil şartına tâbi kılınmamıştır. Sözlü olarak yapılan cayma bildirimi de hukuken geçerlidir⁴⁰⁴. Ancak, ispat şartı bakımından cayma bildiriminin yazılı şekilde yapılmasında fayda bulunmaktadır⁴⁰⁵.

Ayrıca, TTK madde 1440/2 gereğince sözleşmeden cayma hakkını kullanmak isteyen sigortacı, bu beyanını, sigorta ettirenin beyan yükümlülüğüne aykırı davrandığını öğrendiği tarihten itibaren on beş gün içerisinde sigorta ettirene bildirmelidir. Genel Şartlar madde 6'da bu süre, bir ay olarak belirlenmiştir. Bu hususta daha önce belirttiğimiz gibi, sonraki ve sigorta tüketicisi lehine olan TTK düzenlemesinin esas alınması gerekmektedir.

TTK madde 1441'de, sigorta ettirenin kastı varsa, sigortacının sözleşmeden cayması hâlinde, rizikoyu üstlendiği süreye ait primlere hak kazanacağı düzenlenmiştir. Benzer şekilde, Genel Şartlar madde 6'ta da cayma hâlinde sigortacının prime hak kazanacağı düzenlenmiştir. Bu durumda sigorta ettirenin kastı mevcut ise, sigortacının kullandığı cayma hakkının geçmişe etkili bir sözleşmeden dönme hâli olduğundan bahsetmek mümkün gözükmemektedir. Öyle ki, sözleşmenin ifa edilen kısmının tasfiyesi mümkün olmayacağından, cayma hakkı yerine geleceğe etkili sonuç doğuran fesih hakkından bahsetmek doğru olacaktır⁴⁰⁶.

4.1.7.3. Sigorta ettirenin cayma hakkı

TTK'nın 1430. maddesinin 3. Fıkrasında, sigorta ettirene sigorta priminin yarısının ödenmesi şartıyla cayma hakkı tanınmıştır. İlgili maddeye göre: *“Sigorta ettiren,*

⁴⁰³ KAYIHAN/BAĞCI, s. 224; ÖZTAN, s. 122.

⁴⁰⁴ ÖZTAN, s. 122.

⁴⁰⁵ KAYIHAN/BAĞCI, s. 224.

⁴⁰⁶ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 245.

sigortacının sorumluluğu başlamadan önce, kararlaştırılmış primin yarısını ödeyerek sözleşmeden cayabilir. Sözleşmeden kısmi cayma hâlinde, sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu prim, cayılan kısma ilişkin primin yarısıdır”.

Daha önce de belirttiğimiz üzere, ilgili hükümde bahsi geçen cayma terimiyle kastedilen, sözleşmeden dönmedir. Sözleşmeden dönme hakkı, kararlaştırılan primin yarısının ödenmesi koşuluna bağlanmıştır⁴⁰⁷.

TTK madde 1489 düzenlemesinde ise can sigortalarında sigorta ettirenin cayma hakkı düzenlenmektedir. İlgili maddeye göre: “*Sigorta ettiren, sigortacının kendisine cayma hakkını kullanabileceğini bildirmesinden itibaren on beş gün içinde sözleşmeden cayabilir. Bilgilendirmenin yapıldığı sigortacı tarafından ispatlanır. Bilgilendirme yapılmamışsa cayma hakkı ilk primin ödenmesinden bir ay sonra sona erer*”. Sağlık sigortası sözleşmesi TTK’da her ne kadar can sigortaları başlığı altında düzenlenmişse de TTK madde 1519/2 yollaması gereğince, anılan hüküm sağlık sigortası bakımından uygulanamamaktadır⁴⁰⁸.

Sağlık sigortası sözleşmesi bakımından özel bir düzenleme getiren Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği’nin 10. maddesinde “Sözleşme İptali” başlığı altında, TTK’da yer almayan bir hüküm düzenlenmiştir. İlgili hükme göre: “*Sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk otuz gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya veya adına herhangi bir tazminat ödenmemişse, ödenen primler beş iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sonraki günlerde yapılan iptal talebi üzerine şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre aynı süre içerisinde iade edilir*”.

İlgili düzenleme ÜNAN tarafından eleştirilmektedir. Öncelikle TTK’da, sağlık sigortası sözleşmesi bakımından sebep gösterilmeksizin ve prim ödemeksizin cayma hakkı sigorta ettirene verilmemiştir⁴⁰⁹. Bu şekilde yasada öngörülmeleyen bir hakkın yönetmelikle düzenlenmesi kanun yapma tekniğine aykırıdır. Ayrıca kanımızca, cayma ya da sözleşmeden dönme terimleri yerine “*iptal hakkı*” ifadesinin kullanılması, gerek TBK gerekse TTK terminolojisine uygun olmamıştır.

⁴⁰⁷ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 242.

⁴⁰⁸ ÜNAN, s. 493.

⁴⁰⁹ ÜNAN, s. 493.

Ancak, bir tüketici işlemi olan sigorta sözleşmelerinde uygulama bulan TKHK'da düzenlenen cayma hakkının, sigorta ettiren bakımından sınırlı da olsa uygulanacağı söylenebilir. TKHK'da sigorta sözleşmesi finansal hizmet olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamda, tüketici işlemi niteliğindeki sigorta sözleşmelerinde, tüketici sıfatını haiz sigorta ettiren, hiçbir gerekçe göstermeksizin ve cezai şart ödemeksizin yasal süresi içerisinde sözleşmeden cayabilir. Örneğin; prim borcunun taksitide bağlanmış olduğu sigorta sözleşmelerinde taksitle satış sözleşmesinde cayma hakkını düzenleyen TKHK'nun 18. maddesinin 1. fıkrasında bu süre yedi gün, finansal hizmetlere ilişkin mesafeli sözleşmeleri düzenleyen TKHK'nun 49. maddesinin 5. fıkrasında on dört gün, işyeri dışında kurulan sözleşmelere ilişkin TKHK'nun 47. maddesinin 5. fıkrasında ise yine on dört gün olarak belirlenmiştir⁴¹⁰.

ÖSSY madde 10 düzenlemesi gereğince, iptal talebi, ilk otuz günden sonra yapılırsa sözleşme geçmişe etkili olarak değil, ileriye etkili olarak sona ermektedir. Bu durumda şirketin bir miktar prime hak kazandığı yönetmeliğin lâfzından anlaşılmaktadır. Dolayısıyla sigortacı da prime hak kazandığı süre içindeki rizikolardan sorumlu olmalıdır⁴¹¹.

Ayrıca, kanımızca anılan ÖSSY düzenlemesi, sağlık sigortası bakımından genel hüküm olarak uygulama bulan TTK madde 1430 hükmü ile de çelişki içerisindedir. TTK düzenlemesinde gerekçe göstermeksizin sözleşmeden cayılabilmesi prim borcunun yarısının ödenmesi şartına bağlanmıştır. Oysaki, ÖSSY'de, sözleşmeden ilk otuz gün içinde cayılması hâlinde, primlerin tamamen iade olacağı; ilk otuz günden sonra cayılması hâlinde ise hak edilmeyen primin iade edileceği düzenlenmiştir. ÖSSY düzenlemesi ile her ne kadar sigorta ettireninin korunması amaçlanmakta ise de bu şekilde kanuna aykırı düzenlemelere yer verilmesi kanun yapma tekniğine uygun olmamıştır.

ÖSSY madde 10/2 düzenlemesinde, sigorta ettirenin vefatı durumunda sözleşmenin ne şekilde devam edeceği düzenlenmiştir. Buna göre: *“Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Kanuni varislerin sözleşmenin devamını kabul etmediği durumda, şirketin hak*

⁴¹⁰ ÜNAN, s. 493, 494.

⁴¹¹ ÜNAN, s. 495.

etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre kanuni varislere iade edilir ve sigortalıya konu hakkında yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır”.

Anılan hüküm de ÜNAN tarafından eleştiri konusu olmuştur. Yazara göre, şayet sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişiye, sigorta ettirenin vefatı hâlinde sigorta sözleşmesi sona erecektir; ancak, sigorta ettiren başkası lehine sigorta yaptırdıysa, sigorta sözleşmesi sigorta ettirenin kanuni mirasçıları ile devam edecektir. ÜNAN, sigortacı tarafından, sigorta ettirenin sıfatındaki bu değişikliğin kabul edilmesinin zorunlu olmaması gerektiğini ve TTK’da bu yönde bir düzenleme bulunmadığını, sözleşmenin sigortalı ile devam ettirilmesi imkânının TTK’da düzenlenmesinin doğru olacağını ifade etmektedir⁴¹².

4.2. Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinde Ortaya Çıkan Uyuşmazlıkların Çözüm Yolları

4.2.1. Görevli ve yetkili mahkeme

4.2.1.1. Görevli mahkeme

Görevli mahkemenin tayininde, ilk olarak o davanın, genel mahkemelerin mi, özel mahkemelerin mi görevine girdiği araştırılmalıdır. Özel mahkemelerin görevi, genel mahkemelerin görevinden önce gelmektedir. Açık kanun düzenlemesi ile özel mahkemelerde görüleceği belirtilmemiş olan tüm davalar, genel mahkemelerin görevine girmektedir⁴¹³.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde uyuşmazlıkların çözümünde başvurulacak görevli mahkemenin tayininde, ilk olarak HMK hükümlerinin incelenmesi gerekmektedir. HMK madde 2/1 gereğince: “*Dava konusunun değer ve miktarına bakılmaksızın malvarlığı haklarına ilişkin davalarla, şahıs varlığına ilişkin davalarda görevli mahkeme, aksine bir düzenleme bulunmadıkça asliye hukuk mahkemesidir*”.

Sigorta hukukunda göreve ilişkin, aksi yönde bir düzenleme bulunmadığından, sigorta sözleşmesinden doğan; malvarlığı haklarına ilişkin davalar ile, kişinin vücut

⁴¹² ÜNAN, s. 496, 497.

⁴¹³ KURU, Baki: Medeni Usul Hukuku Ders Kitabı, Legal Yayınevi, İstanbul 2015, s. 34.

bütünlüğüne zarar verilmesinden doğan şahıs varlığına ilişkin davalar bakımından asliye hukuk mahkemesi görevlidir⁴¹⁴.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde sigorta ettiren, çoğu zaman tüketici sıfatını haizdir. Sigorta ettiren ile sigortalının farklı kişiler olması hâlinde, sigorta ettiren tüketici olmasa dahi sigortalı tarafından açılacak davada sigortalının tüketici sıfatını haiz olması bakımından görevli mahkeme; uyuşmazlığın değerine göre tüketici hakem heyeti veya tüketici mahkemesi olmaktadır. Bu anlamda, tüketici işlemi niteliğini haiz sigorta sözleşmesinde, TKHK madde 73 gereğince özel mahkeme görevlendirilmiştir.

Tüketici hakem heyetleri, TKHK madde 66 gereğince Gümrük ve Ticaret Bakanlığınca, tüketici işlemleri ile tüketiciye yönelik uygulamalardan doğabilecek uyuşmazlıklara çözüm bulmak amacıyla, il merkezlerinde ve yeterlilik şartları yönetmelikle belirlenen ilçe merkezlerinde kurulmaktadır.

6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun 68 inci ve Tüketici Hakem Heyetleri Yönetmeliğinin 6 ıncı Maddelerinde Yer Alan Parasal Sınırların Artırılmasına İlişkin Tebliğ⁴¹⁵'in 3. maddesi gereğince 2022 yılı için hakem heyetlerine başvuru sınırları şu şekilde belirlenmiştir:

“2022 yılı için Tüketici Hakem Heyetlerine yapılacak başvurularda değeri;

a) 10.280 (onbinikiyüzseksen) Türk Lirasının altında bulunan uyuşmazlıklarda İlçe Tüketici Hakem Heyetleri,

b) Büyükşehir statüsünde olan illerde 10.280 (onbinikiyüzseksen) Türk Lirası ile 15.430 (onbeşbindörtüyüzotuz) Türk Lirası arasındaki uyuşmazlıklarda İl Tüketici Hakem Heyetleri,

c) Büyükşehir statüsünde olmayan illerin merkezlerinde 15.430 (onbeşbindörtüyüzotuz) Türk Lirasının altında bulunan uyuşmazlıklarda İl Tüketici Hakem Heyetleri,

ç) Büyükşehir statüsünde olmayan illere bağlı ilçelerde 10.280 (onbinikiyüzseksen) Türk Lirası ile 15.430 (onbeşbindörtüyüzotuz) Türk Lirası arasındaki uyuşmazlıklarda İl Tüketici Hakem Heyetleri, görevlidir”.

İlgili hükümden anlaşıldığı üzere, 2022 yılı için 15.430 TL'nin üzerindeki uyuşmazlıklarda tüketici mahkemeleri görevlidir. TKHK madde 73/1 gereğince: *“Tüketici*

⁴¹⁴ AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 295.

⁴¹⁵ RG. 16.12.2021, S. 31691.

işlemleri ile tüketiciye yönelik uygulamalardan doğabilecek uyuşmazlıklara ilişkin davalarda tüketici mahkemeleri görevlidir”.

İlgili parasal sınırlar her yıl yeniden belirlenmektedir. Buna göre sigorta tüketicisi, uyuşmazlık tutarına göre başvurulacak mercii tespit etmelidir. Aksi hâlde, başvurunun reddi ile karşılaşılacaktır.

Tüketici hakem heyetince verilen kararlara karşı itiraz yolu açıktır. TKHK madde 70/3 gereğince: *“Taraflar, tüketici hakem heyetinin kararlarına karşı tebliğ tarihinden itibaren on beş gün içinde tüketici hakem heyetinin bulunduğu yerdeki tüketici mahkemesine itiraz edebilir. İtiraz, tüketici hakem heyeti kararının icrasını durdurmaz. Ancak talep edilmesi şartıyla hâkim, tüketici hakem heyeti kararının icrasını tedbir yoluyla durdurabilir”.*

4.2.1.2. Yetkili mahkeme

Yetkili mahkemenin tayininde genel yetkili mahkeme, HMK madde 6’da, davalı gerçek veya tüzel kişinin davanın açıldığı tarihteki yerleşim yeri mahkemesi olarak düzenlenmiştir.

Sigorta sözleşmeleri bakımından ise, HMK madde 15 düzenlemesi ile özel yetki kuralı belirlenmiştir. Zarar sigortalarına ilişkin HMK madde 15/1 gereğince: *“Zarar sigortalarından doğan davalar, sigorta, bir taşınmaza veya niteliği gereği bir yerde sabit bulunması gereken yahut şart kılınan taşınıra ilişkinse, malın bulunduğu yerde; bir yerde sabit bulunması gerekmeyen veya şart kılınmayan bir taşınıra ilişkinse, rizikonun gerçekleştiği yerde de açılabilir”.*

Can sigortalarına ilişkin olarak ise, HMK madde 15/2 hükmü ile kesin yetki kuralı düzenlenmiştir. Buna göre: *“Can sigortalarında, sigorta ettirenin, sigortalının veya lehtarın leh veya aleyhine açılacak davalarda onların yerleşim yeri mahkemesi kesin yetkilidir”.*

Özel sağlık sigortası sözleşmesi, can sigortaları başlığı altında düzenlenen bir sigorta türü olmakla beraber; sağladığı bazı teminatlar bakımından zarar sigortası, bazı teminatlar bakımından ise meblağ sigortası niteliği taşımaktadır. Bu anlamda, zarar sigortası niteliğindeki sağlık sigortası sözleşmesinde, HMK madde 15/2’de düzenlenen kesin yetki kuralının uygulanıp uygulanmayacağını belirlemek gerekmektedir.

HMK madde 15/2 düzenlemesinde, kanun koyucu, meblağ sigortası ve zarar sigortası ayırımına gitmemiş; zarar ve can sigortası bakımından farklı yetki kuralları belirlemiştir. Bu bakımdan HMK madde 15 hükmünün, TTK’da yer verilen zarar ve can sigortası ayırımına uygun olarak düzenlendiğini düşünmekteyiz.⁴¹⁶ Bu sebeple, TTK’da “Can Sigortaları” başlığı altında düzenlenen özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından kesin yetki kuralının uygulanması gerekecektir.

Tüketici işlemi niteliğindeki özel sağlık sigortası sözleşmesinden doğan bir uyuşmazlık hâlinde, yetkili hakem heyeti ise, TKHK madde 68/3 gereğince tüketicinin yerleşim yerindeki veya tüketici işleminin yapıldığı yerdeki hakem heyetidir. İlgili hükme göre: “*Başvurular, tüketicinin yerleşim yerinin bulunduğu veya tüketici işleminin yapıldığı yerdeki tüketici hakem heyetine yapılabilir. Tüketici hakem heyetinin bulunmadığı yerlerde ise başvuruların nerelere yapılacağı ve bu başvuruların hangi tüketici hakem heyetince karara bağlanacağı yönetmelikle belirlenir*”.

Tüketici mahkemelerinde açılacak davalarda yetkili mahkemeyi düzenleyen TKHK madde 73/5 hükmü gereğince: “*Tüketici davaları, tüketicinin yerleşim yerinin bulunduğu yerdeki tüketici mahkemesinde de açılabilir*”. Buna göre, ilgili düzenleme ile davacıya seçimlik bir yetki kuralı tanındığı anlaşılmaktadır. Ancak, HMK madde 15/2 düzenlemesi ile bir can sigortası türü olan özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından kesin yetki kuralı belirlendiğinden, yetkili mahkeme her ihtimalde sigorta ettirenin ve/veya sigortalının yerleşim yeri mahkemesidir.

4.2.2. Arabuluculuk

6325 sayılı Hukuk Uyuşmazlıklarında Arabuluculuk Kanunu⁴¹⁷ (HUAK) ile mevzuatımızda kabul edilen arabuluculuk müessesesi, 7155 sayılı Abonelik Sözleşmesinden Kaynaklanan Para Alacaklarına İlişkin Takibin Başlatılması Usulü Hakkında Kanun⁴¹⁸’ın 20. maddesi ile değişik TTK madde 5/A/1 hükmü ve 7251 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun⁴¹⁹’un 59. maddesi ile değişik TKHK madde 73/A/1 hükmü gereğince, dava açılmadan önce başvurulması zorunlu bir alternatif uyuşmazlık çözüm yolu olarak uygulanmaktadır. Bu bakımdan, sigorta

⁴¹⁶ Benzer görüş için bkz. AKGÜN, *Kaza Sigortası*, s. 296.

⁴¹⁷ RG. 22.06.2012, S. 28331.

⁴¹⁸ RG. 19.12.2018, S. 30630.

⁴¹⁹ RG. 28.07.2020, S. 31199.

hukukundan doğan tüm uyuşmazlıklarda, dava açılmadan önce arabuluculuk müessesine başvuru, zorunlu hâle getirilmiştir⁴²⁰.

TTK madde 5/A/1 düzenlemesi gereğince: *“Bu Kanunun 4 üncü maddesinde ve diğer kanunlarda belirtilen ticari davalardan, konusu bir miktar paranın ödenmesi olan alacak ve tazminat talepleri hakkında dava açılmadan önce arabulucuya başvurulmuş olması dava şartıdır”*. Buna göre, özel sağlık sigortası sözleşmesinden doğan uyuşmazlığın ticari dava niteliğinde olması hâlinde, dava açılmadan önce arabuluculuğa başvurulması gerekmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde sigorta ettirenin tüketici olması hâlinde sözleşmenin tüketici işlemi niteliğinde olacağını belirtmiştik. Bu hâlde de TKHK madde 73/A/1 gereğince dava açılmadan önce arabuluculuğa başvurulması zorunludur. İlgili hükme göre: *“Tüketici mahkemelerinde görülen uyuşmazlıklarda dava açılmadan önce arabulucuya başvurulmuş olması dava şartıdır”*.

Bu anlamda, özel sağlık sigortası sözleşmesinden doğan uyuşmazlık ister ticari ister tüketici olsun, her ihtimalde dava açılmadan önce arabuluculuk yoluna başvurulması bir zorunluluktur. Arabuluculuğa başvurmanın istisnası, HUAK madde 18/A, fıkra 18’de düzenlemiştir. Buna göre: *“Özel kanunlarda tahkim veya başka bir alternatif uyuşmazlık çözüm yoluna başvurma zorunluluğunun olduğu veya tahkim sözleşmesinin bulunduğu hâllerde, dava şartı olarak arabuluculuğa ilişkin hükümler uygulanmaz”*.

4.2.3. Sigortacılıkta tahkim

Sigortacılıkta tahkim müessesesi, Sig. Kanunu’nun Sekizinci Bölümü’nde düzenlenmiştir. Sig. Kanunu’nun 30. maddesine göre: *“Sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ile riski üstlenen taraf arasında sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü amacıyla Birlik nezdinde Sigorta Tahkim Komisyonu oluşturulur”*. Madde hükmünden de anlaşılacağı üzere, sigorta uyuşmazlıklarında başvurulacak tahkim usulü, HMK’da öngörülen genel tahkim usulüne kıyasla özel bir tahkim yoludur⁴²¹.

⁴²⁰ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s. 124, 125.

⁴²¹ ULAŞ, *Zarar Sigortaları*, s.127

Sigorta tahkimi ihtiyari bir tahkim yolu olup, uzun yargılama süreci yerine, alanında uzman hakemler tarafından basit, süratli ve adil bir biçimde uyuşmazlıkların çözümlenmesi için başvurulmuş bir alternatif uyuşmazlık çözüm yoludur⁴²².

Sigortacılıkta tahkim sisteminin usul ve esaslarını belirlemek üzere, Sig. Kanunu madde 30'a dayanılarak Sigortacılıkta Tahkime İlişkin Yönetmelik⁴²³ yayımlanmıştır. Özel sağlık sigortası sözleşmesinde, sigorta tazminatının/bedelinin ödenmesi hususunda ortaya çıkan ihtilaflar bakımından, yargı yoluna başvurmak yerine Sig. Kanunu madde 30 uyarınca Sigorta Tahkim Komisyonu'na başvurmak mümkündür.

Sig. Kanunu madde 30/1 hükmü gereğince: *“Sigorta tahkim sistemine üye olan kuruluşlarla uyuşmazlığa düşen kişi, uyuşmazlık konusu sözleşmede özel bir hüküm olmasa bile tahkim usulünden faydalanabilir”*. Bu doğrultuda sigorta ettiren veya bu sigorta sözleşmesinden fayda sağlayacak kişiler, bu konudan sözleşmede tahkim şartı belirlenmese dahi, tahkim yoluna başvurabilecektir⁴²⁴. Bu düzenleme ile, HMK gereğince tahkime başvurabilmek için taraflar arasında tahkim anlaşması yapılması şartına bir istisna getirilmiştir.

Komisyonu başvurma şartı, Sig. Kanunu madde 30/13'te gösterilmiştir. Buna göre: *“Komisyona gidilebilmesi için, sigortacılık yapan kuruluşla uyuşmazlığa düşen kişinin, uyuşmazlığa konu teşkil eden olay ile ilgili olarak sigortacılık yapan kuruluşa gerekli başvuruları yapmış ve talebinin kısmen ya da tamamen olumsuz sonuçlandığını belgelemiş olması gerekir”*. İlgili düzenleme gereğince, Komisyona başvurunun ön koşulu uyuşmazlık konusu ile ilgili sigorta şirketine başvuruda bulunulmuş olmasıdır.

Tahkim yeri ve başvuru usulü, Sigortacılıkta Tahkime İlişkin Yönetmelik madde 16'da şu şekilde düzenlenmiştir: *“Tahkim için, Komisyonun merkezine ya da başvuru yapan kişinin ikametgahının bulunduğu ya da rizikonun gerçekleştiği yerdeki büroya başvurulabilir. Uyuşmazlık başvurularında, başvuru formu, uyuşmazlığa ilişkin bilgi ve belgeler ile başvuru ücretinin yatırıldığına dair belgenin yer alması gerekir”*.

Komisyonu başvurulmadan önce aynı uyuşmazlıkla ilgili mahkemeye veya tüketici hakem heyetine başvurulmuş olması hâlinde, Sig. Kanunu madde 30/14 gereğince Komisyona başvuru yapılamayacaktır. Bu anlamda, tüketici işlemi niteliğindeki özel sağlık

⁴²² AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s.126

⁴²³ RG. 17.08.2007, S. 26616.

⁴²⁴ AYHAN/ÇAĞLAR/ÖZDAMAR, s.128

sigortası sözleşmesinden doğan bir uyuşmazlık hâlinde başvuru; parasal sınırları dikkate alarak tüketici hakem heyetine veya tüketici mahkemesine ya da doğrudan Sigorta Tahkim Komisyonu'na başvurabilecektir.

SONUÇ

Sosyal güvenlik sisteminde, kişilerin sağlık hizmetine erişimi her zaman kolay ve belirli standartlarda olmamaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri çok sayıda kişiye asgari düzeyde güvence sağlamak ve daha fazla güvence ve imkândan faydalanmak isteyen kişilerin, isteğe bağlı olarak, arzu ettikleri sağlık kuruluşlarından, ancak özel sigorta kapsamında yararlanması mümkün olmaktadır. Bu şekilde, hem sosyal güvenlik sisteminin yükü hafifletmekte hem de sigortalılar istedikleri kalitede hizmet alabilmektedir. Bu anlamda, özel sağlık sigortası isteğe bağlı kurulan bir sigorta sözleşmesi olarak kişilere sağlık güvencesi sağlamaktadır.

Özel sağlık sigortası ile bu güvenceden faydalanan kişilerin; sözleşme süresi ve sözleşmede yazılı teminatlarla sınırlı olmak üzere, hastalanmaları veya bir kaza sonucu yaralanmaları hâlinde muayene, teşhis, tedavi ve bakımları için yapılması gereken giderler ile gündelik tazminatları sigorta şirketleri tarafından teminat altına alınmaktadır. Bu sigorta ile kişiler, daha kaliteli ve daha hızlı şekilde sağlık hizmetine kavuşabilmektedir. Ülkemizde de sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yükün hafifletilmesi bakımından, özel sağlık sigorta sözleşmesinin yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesi türlerinden tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygın olarak uygulandığı Fransa’da, bu ihtiyari sigortadan herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerin de faydalanabileceği düzenlenmiştir. Bu bakımdan devlet ve vatandaşların katkısıyla, hem devlet üzerindeki finansman yükü hafifletilmekte, hem de daha çok kişinin sağlık güvencesinden faydalanabilmesi mümkün olmaktadır. Ayrıca, Fransız Sigortalar Kanunu’nda, hamilelik ve analık hâlinde bulunan kadınlara ve organ bağışında bulunan kişilere farklı prim uygulanması yasaklanmıştır. Ayrımcılık yasağına ilişkin bu düzenlemenin ülkemizde de esas alınması, kanunlar önünde eşitliğin sağlanması bakımından önem arz etmektedir.

Çalışmamızın konusunu teşkil eden özel sağlık sigortası sözleşmesi, TTK’da “Sigorta Hukuku” başlıklı altıncı kitabın “Can Sigortaları” kısmında düzenlenen bir sigorta sözleşmesidir. Kanundaki tabiriyle sağlık sigortaları, kanun koyucu tarafından ilk defa 6102 sayılı TTK’nın 1511 ve 1519 maddeleri arasında hastalık sigortaları ile birlikte özel olarak düzenlenmiştir. Bu özel hükümlerin yanında, TTK’nın genel hükümleri ile hayat sigortasına

ilişkin TTK madde 1500 ilâ 1502’de düzenlenen sigortadan ayrılma, sigortacıdan ödünç isteme ve prim ödemededen muaf sigortaya ilişkin hükümler ve ayrıca sağlık sigortası sözleşmesinde bir zararın karşılanması söz konusu olduğundan, zarar sigortasına ilişkin düzenlemeler de özel sağlık sigortası sözleşmesine uygulanmaktadır.

Sigorta hukuku kitabında düzenleme olmayan hâllerde, sözleşmeye öncelikle TTK’nın diğer kitapları, sonrasında ise TBK hükümleri uygulanır. Bunun haricinde, Sig. Kanunu’nun sigorta sözleşmelerine ilişkin hükümleri de sağlık sigortası sözleşmesi bakımından uygulama alanı bulmaktadır. Ayrıca, sigorta ettirenin çoğu zaman tüketici olması sebebiyle TKHK hükümleri de sözleşmeye uygulanmaktadır. Tüm bunlara ek olarak, her özel sağlık sigortası sözleşmesinde Sağlık Sigortası Genel Şartları ile tarafların kararlaştırdığı özel şartlar da esas alınır.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinin TTK’da özel olarak düzenlenmesi, her ne kadar sözleşmeye ilişkin genel kuralların belirlenmesi bakımından isabetli olmuşsa da sözleşmenin “Can Sigortaları” başlığı altında düzenlenmesi doğru olmamıştır. Özel sağlık sigortası sözleşmesi hem zarar sigortası hem de meblağ sigortası olarak düzenlenebilmektedir. Buna göre, hastalık veya kaza sonucu yaralanma hâlinde ortaya çıkan tedavi, hastane ve bakım giderleri teminat altına alınmışsa sağlık sigortası zarar sigortası niteliğindedir. Ancak, hastalık veya kaza sonucu yaralanma hâlinin ortaya çıkması durumunda, iş göremezlikten kaynaklanan kazanç kaybı olarak belirlenen teminat bedelinin veya gündelik bakım parasının ödeneceği düzenlenmişse, sağlık sigortası meblağ sigortası şeklindedir.

Uygulamada ise, sağlık sigortası sözleşmesi meblağ sigortasından çok zarar sigortası olarak düzenlenmektedir. Bu bakımdan, sözleşme TTK’da sistematik olarak doğru yerde düzenlenmemiştir. Meblağ sigortası olarak düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesi bakımından da hangi hükümlerin uygulanacağı konusunda kanunda bir düzenleme bulunmamaktadır. Ayrıca, sözleşmenin unsurlarına ilişkin birçok eksik düzenleme mevcuttur. Sağlık sigortası teminatlarını düzenleyen TTK madde 1513 düzenlemesinde, kaza sonucu yaralanma durumunda tedavi ihtiyacının ortaya çıkması hâlinin teminatlar kapsamında sayılmaması, başlı başına bir eksikliktir. Ancak düzenleme emredici nitelikte olmadığından, tarafların sözleşmede kaza sonucu yaralanma rizikosuna karşı da teminat belirlemeleri mümkündür.

Sağlık sigortası sözleşmesi ayrıca, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile düzenlenmiştir. İlgili yönetmelikte hukuki anlamda tatmin edici hükümlerden ziyade, sigorta şirketlerinin uygulamasına yönelik hükümler öngörülmüştür. ÖSSY'nin bazı hükümlerinin sözleşme özgürlüğüne müdahâle niteliği taşıdığı ve kanunla düzenlenmesi gereken birçok hususa yönetmelikte yer verilerek kanun yapma tekniğine aykırı davranıldığı tespit edilmiştir. Ancak her şeye rağmen, sağlık sigortası bakımından özel bir yönetmelik olması yönüyle önem arz etmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde sözleşmenin tarafları, sigortacı ve sigorta ettirendir. Ayrıca, sözleşmenin üçüncü bir kişi lehine yapılması hâlinde, TTK madde 1412 düzenlemesi gereğince, sigortadan haberdar olması şartı ile sözleşmeden menfaat sağlayan kişi olarak sigortalı da beyan yükümlülüğü, koruma önlemleri alma gibi sözleşmesel yükümlülüklerin tarafı olmaktadır. Sigortacı, sözleşmenin kurulması ile sigorta güvencesi sağlama borcunu üstlenirken; sigorta ettiren bunun karşılığında, prim borcu ödemeyi taahhüt etmektedir.

Bu sözleşmede, sigortacı, hastalık ve kaza sonucu yaralanma rizikolarına karşı güvence vermekte ve bu rizikoların meydana gelmesi hâlinde ortaya çıkacak sağlık giderleri için teminat belirlenmektedir. Teminatların kapsamı taraflarca belirlenir. Ancak temel olarak, hastalık sonucu alınması gereken ilaçlar, bakım ve ayaktaki tedavi masraflarına ilişkin sağlık giderleri teminatı, tedavinin hastaneye yatarak yapılmasının gerektiği hâllerde günlük hastane giderleri teminatı, hastalık sonucu çalışamama nedeniyle yaşanan kazanç kaybına ilişkin gündelik iş görememe teminatı, bakıma muhtaç hâle gelinmesi nedeniyle doğabilecek bakım giderleri ve gündelik bakım teminatının sözleşmede kararlaştırılması mümkündür.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde, sigorta ettirenin prim ödeme borcunun karşılığında; sigortacı, riziko gerçekleştiğinde tazminat ödeme borcu ve sözleşmenin kurulmasından itibaren rizikoyu taşıma yükümlülüğü altındadır. Bu bakımdan sağlık sigortası sözleşmesi tam iki tarafa borç yükleyen ve sürekli borç ilişkisi niteliğini taşıyan bir sözleşmedir.

Uygulamada ispat kolaylığı açısından yazılı yapılması tercih edilse de özel sağlık sigortası sözleşmesi, şekle bağlı bir sözleşme değildir. Ancak, sigorta ettirenin tüketici

sıfatını haiz olması hâlinde, taksitli satış sözleşmesi ve işyeri dışında kurulan tüketici sözleşmeleri bakımından, TKHK’da yazılı şekil şartı öngörülmüştür. Bu şekilde akdedilen özel sağlık sigortası sözleşmelerinde, bir geçerlilik şartı olarak yazılı şekil şartının sağlanması gerekmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinde tarafların karşılıklı borç ve yükümlülükleri bulunmaktadır. Sigortacı; bilgilendirme, sigorta poliçesi ve katılım sertifikası verme, rizikoyu taşıma, sigorta tazminatını/bedelini ödemekle ve sır saklamakla yükümlüdür. Buna karşılık, sigorta ettirenin ise; prim ödeme borcu ile sözleşmenin kuruluşu aşamasında, sözleşme süresince beyanda bulunma, riziko gerçekleştiğinde beyanda bulunma ve koruma önlemleri alma ile gerekli belgeleri teslim etme yükümlülükleri bulunmaktadır.

Sözleşmenin kuruluşu aşamasındaki beyan yükümlülüğünün ihlali hâlinde, TTK düzenlemesinde sigortacının cayma bildiriminde bulunması için on beş gün süre verilmişken, Sağlık Sigortası Genel Şartlarında bu süre bir aydır. Prim farkının kabul edilmediğinin bildirilmesi bakımından ise, TTK’da on gün süre belirlenmişken, Genel Şartlarda bu süre sekiz gündür. Yine sözleşme süresi içerisinde beyan yükümlülüğünün ihlali, sigortacının fesih ve prim farkı istemek için bildirim süresi ile sigorta ettirenin prim farkını kabul edip etmediğini bildirim süresi, TTK ve Sağlık Sigortası Genel Şartlarında farklı düzenlenmiştir. Gerek bu gibi süreler gerekse de bazı hükümler açısından Sağlık Sigortası Genel Şartlarının, TTK düzenlemesi ile tam olarak uyumlu olmadığı görülmüştür. Bu bakımdan lehe olan TTK hükümlerinin sözleşmeye uygulanacağını söylemek mümkünse de Genel Şartlardaki düzenlemelerin TTK’ya paralel hâle getirilmesinde fayda bulunmaktadır.

Sağlık sigortası sözleşmesi bakımından uygulama bulan bir diğer yönetmelik olan Bilgilendirme Yönetmeliği’nde yer alan düzenlemeler de uygulamada bir başka sorun ortaya çıkarmaktadır. İlgili yönetmeliğin 7. maddesi ile aydınlatma yükümlülüğüne ilişkin TTK madde 1423 hükmü örtüşmediğinden, düzenlemelerin bir arada nasıl uygulanacağı, bunlar arasındaki çelişkilerin nasıl giderileceği sorun teşkil etmektedir. Bilgilendirme Yönetmeliği madde 7’de tanınan fesih ve tazmin hakkının, özel sağlık sigortası sözleşmesi bakımından da uygulanmasının sağlanması bakımından, TTK’da buna uygun düzenleme yapma ihtiyacının giderilmesinde fayda bulunmaktadır.

Gerek ÖSSY gerekse Bilgilendirme Yönetmeliği'nde, TTK'da yer almayan düzenlemelere yer verilmiştir. TTK'da, sağlık sigortası sözleşmesi bakımından sebep gösterilmeksizin ve prim ödemeksizin cayma hakkı sigorta ettirene verilmemişken, yasada öngörülmeyen bir hakkın yönetmelikle düzenlenmesi kanun yapma tekniğine aykırı olmuştur. Her ne kadar yönetmeliklerdeki düzenlemelerin uygulamaya yol gösterme amacı taşıdığı söylenebilecekse de TTK'da tanınmayan hak ve yükümlülüklerin yönetmelikle düzenlenmesi normlar hiyerarşisine aykırıdır.

Bu bakımdan sigortacılık uygulamasındaki ihtiyaçlar, özel sağlık sigortasının hukuki niteliği ve ülkemizdeki temel işlevi göz önüne alınarak öncelikle TTK'da gerekli değişikliklerin yapılması ve ikincil mevzuatın kanuna uygun hâle getirilmesi önem arz etmektedir.

Tüm sigorta sözleşmelerinde olduğu gibi, özel sağlık sigortası sözleşmesi de birçok sebeple sona erebilmektedir. Sözleşmenin sona ermesi; sözleşmede belirtilen sürenin dolması, sözleşme konusunun ortadan kalkması, sözleşmenin ikale ile sona erdirilmesi, sigortalının iflası, sözleşmenin feshi ve sözleşmeden cayma sonucu mümkün olabilmektedir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesinden doğan bir uyuşmazlık halinde, tarafların başvurabileceği birçok uyuşmazlık çözüm yolu bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası sözleşmesinde sigorta ettiren, çoğu zaman tüketici sıfatını haizdir. Sigorta ettiren ile sigortalının farklı kişiler olması hâlinde, sigorta ettiren tüketici olmasa dahi, sigortalı tarafından açılacak davada, sigortalının tüketici sıfatını haiz olması bakımından görevli mahkeme; uyuşmazlığın değerine göre tüketici hakem heyeti veya tüketici mahkemesi olmaktadır. Yetkili mahkeme açısından ise; HMK m. 15 hükmü ile getirilen kesin yetki kuralının, özel sağlık sigortasının bir can sigortası olması bakımından uygulanması gerektiği görüşünderiz. Bu durumda sigorta ettiren, sigortalı veya lehtarın lehine yahut aleyhine açılacak özel sağlık sigortasına ilişkin davalarda bu kişilerin yerleşim yeri mahkemesi kesin yetkili olacaktır.

Ayrıca bir alternatif uyuşmazlık çözüm yolu olan arabuluculuk, birçok ticari uyuşmazlık ve tüketici uyuşmazlığı bakımından dava şartı olarak düzenlenmiştir. Özel sağlık sigorta sözleşmesi bakımından da özel kanunlarda tahkim veya başka bir alternatif

uyuşmazlık çözüm yoluna başvurma zorunluluğunun olduğu veya tahkim sözleşmesinin bulunduğu hâller haricinde, dava açılmadan önce arabuluculuğa başvurulması zorunludur.

Sigorta tahkimi ise, sigorta tahkim sistemine üye olan sigorta şirketleri ile uyuşmazlığa düşen kişilerin, uyuşmazlık konusu sözleşmede özel bir hüküm olmasa bile, faydalanabileceği bir diğer alternatif uyuşmazlık çözüm yoludur. Bu doğrultuda, özel sağlık sigortası sözleşmesinde, sigorta tazminatının/bedelinin ödenmesi hususunda ortaya çıkan ihtilaflar bakımından, yargı yoluna başvurmak yerine Sig. Kanunu madde 30 uyarınca Sigorta Tahkim Komisyonu'na başvurmak mümkündür.

KAYNAKLAR

AKALP DEMİRTABAK, Didem: “Yargıtay Hukuk Genel Kurulu’nun 9.2.2005 Tarihli Kararının İncelenmesi”, İÜHFM, Y. 2008, C. LXVI, S.1, 325-336.

AKGÜN, Evrim: “Hayat Sigortası Genel Şartları’nın Türk Ticaret Kanunu Hükümlerine Uygunluğuna İlişkin Bir İnceleme”, İÜHFM, Y. 2017, C. LXXV, S. 2, 557-586.

AKGÜN, Evrim: Ferdi Kaza Sigortası Sözleşmesi, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2017. (Anılış: Kaza Sigortası)

AKINTÜRK, Turgut: Borçlar Hukuku, Güncellenmiş 13. Bası, Beta Yayınevi, İstanbul 2007.

ALGANTÜRK LİGHT, Didem: “Sigorta Sözleşmesi Süresi İçerisinde Sigorta Ettirenin Yükümlülükleri”, İTİCUSBD, Y. 2011, C. 2012/2, S. 22, 1-8.

ARAL ELDELİKLİOĞLU, İrem: “6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu Uyarınca Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Borcu”, İTİCUSBD, Y. 2011, C. 2012/2, S. 22, 203-222. (Anılış: Prim Ödeme Borcu)

ARAL ELDELİKLİOĞLU, İrem: “6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu ve Sigortacılık Mevzuatı Uyarınca Sigortacının Aydınlatma Yükümlülüğü”, MARUHAD, Y. 2012, C. XVIII, S. 1, 383-402.

ARSEVEN, Haydar: Sigorta Hukuku Ana Prensipler Genel Hükümler, Güncellenmiş 2. Bası, İstanbul 1991.

AYHAN, Rıza/ÇAĞLAR, Hayrettin/ ÖZDAMAR, Mehmet: Sigorta Hukuku Ders Kitabı, 5. Bası, Yetkin Yayınevi, Ankara 2021.

AYLI, Ali: Zarar Sigortalarında Prim Ödeme Borcu, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2003.

BACH, Peter: Private Krankenversicherung, 3. Aufl., München 2002.

BAHTİYAR, Mehmet: “Sigorta Poliçesi Genel Koşulları”, BATİDER, Y. 1997, C. XIX, S. 2, 89-108.

BALKANLI, Meltem: “Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları”, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), Ankara 2017.

BOZER, Ali: Sigorta Hukuku Genel Hükümler-Bazı Sigorta Türleri, BTHAE Yayınları, Ankara 2009.

CAN, Mertol: Türk Özel Sigorta Hukuku (Ders Kitabı), Cilt I, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu Hükümleri Dairesinde Hazırlanmış Yeni Bası, Adalet Yayınevi, Ankara 2018.

CAN, Mertol; Türk Özel Sigorta Hukuku (Ders Kitabı), 3. Bası, İmaj Yayınevi, Ankara 2009. (Anılış: 3. Bası)

CHEVREUL, Karine/ DURAND-ZALESKI, Isabelle/ BAHRAMI, Stéphane/ HERNÁNDEZ-QUEVEDO, Cristina/ MLADOVSKY, Philipa: “France, Health System Review, Health Systems in Transition”, WHO Publishing, Y. 2010, C. XII, S. 6, 1-291.

ÇEKER, Mustafa: 6102 Sayılı Yeni Türk Ticaret Kanunu’na Göre Sigorta Hukuku, Karahan Kitabevi, Adana 2013.

DEMİRSATAN, Barış: “Zarar Sigortalarında Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Borcunda Temerrüdü”, İÜHFİM, Y. 2017, C. LXXV, S. 1, 359-392.

ERBAŞ AÇIKEL, Aslıhan: “Sigorta Ettirenin Sözleşme Öncesi Beyan Yükümlülüğünün İhlali Hâlinde Sigortacının Sahip Olduğu Haklarla İlgili Bazı Sorunlar”, BATİDER, Y. 2019, C. XXXV, S. 2, 131-168.

ERCOŞKUN ŞENOL, Kübra: “Sözleşmenin İçeriğini Belirleme Özgürlüğü ve Bunun Genel Sınırı: TBK m. 27”, İÜHFİM, Y. 2016, C. LXXIV, S. 2, 709-737.

GÜLHAN, Melisa: Sigorta Sözleşmesini Sona Erdiren Hâller, Seçkin Yayınevi, Ankara 2020.

GÜLMEZ, Merve: “Sigorta Sözleşmelerinde Sigorta Ettirenin Beyan Yükümlülüğü”, KTO Karatay Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), Konya 2019.

HACIÖMEROĞLU, A. Oğuzhan: “Sigorta Sözleşmelerinin Kuruluş Safhasındaki Sigorta Ettirenin Beyan Yükümlülüğünün Culpa In Contrahendo Sorumluluğu Açısından Değerlendirilmesi”, TFM, Y. 2015, C. I, S. 2, 49-70.

KABUKÇUOĞLU ÖZER, Dilek: Mukayeseli Hukukta ve Uygulamada Hayat Sigortası, BTHAE Yayınları, Ankara 2005.

KARA, Etem: “*Sigorta Genel Şartlarının Hukuki Niteliği*”, HKUHFD, Y. 2020, C. X, S. 19, 153-174.

KARABIYIK, Aydın: “*Police Genel Şartları ve Türk Ticaret Kanunu Tasarısı Uyarınca Sağlık Sigortası Sözleşmesi*”, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), İstanbul 2006.

KARAUZ, Agah Kürşat/ CENKÇİ, Esra: “*Türk ve İsviçre Hukukunda Özel Sağlık Sigortası Genel Şartları Bakımından Tarafların Yükümlülükleri*”, AkdÜHFD, Y. 2014, C. IV, S. 2, 141-158.

KAYIHAN, Şaban/BAĞCI, Ömer: Türk Özel Sigorta Hukuku Dersleri, Umuttepe Yayınları, Kocaeli 2016.

KAYIHAN, Şaban: “*Alman ve Türk Sigorta Hukukuna Sigorta Ettirenin Kurtarma Ödevi*”, AÜHFD, Y. 2005, C. IX, S. 1-2, 513-541.

KAYIHAN, Şaban: Sigorta Sözleşmesinde Prim Ödeme Borcu, Seçkin Yayınevi, Ankara 2004. (Anılış: *Prim Ödeme Borcu*)

KEGLEVİC, Ana: “*Pre-contractual Information Duty and Unfair Contract Terms - Open Questions and Dilemmas*”, Insurer’s Precontractual Information Duty, Sigorta Hukuku Türk Derneği Yayınları, İstanbul 2013.

KENDER, Rageyân; Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku, 12. Bası, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2013.

KUBİLAY, Huriye: Uygulamalı Özel Sigorta Hukuku, Fakülteler Kitabevi Barış Yayınları, İzmir 2003.

KURU, Baki: Medeni Usul Hukuku Ders Kitabı, Legal Yayınevi, İstanbul 2015.

KURU, Baki: İstinaf Sistemine Göre Yazılmış İcra ve İflas Hukuku, Legal Yayınevi, İstanbul 2016.

MERGEN BAYER, Yasemen: “*Sigorta Hukukunda Riziko Ağırlaşması*”, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), Ankara 2019.

MEMİŞ, Tekin: “*Sigorta Sözleşmelerine Kullanılan Genel Şartların Yargısal Denetimi*”, Reasürör Dergisi, Y. 2005, S. 56, 4-18.

MOSSIALOS, Elias/ THOMSON, Sarah: Voluntary Health Insurance in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Publishing, Brussels 2002.

OĞUZMAN, Kemal / ÖZ, Turgut: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2010.

OLGAÇ, Furkan: “Hayat Sigortalarında Sigorta Ettirenin Prim Ödeme Borcu”, *THD*, Y. 2015, C. X, S. 110, 103-120.

ORHANER, Emine: Türkiye’de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara 2000.

ÖZCAN, Serpil: “*Sigorta Hukuku Bağlamında Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması*”, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yayımlanmamış), İstanbul 2018.

ÖZDAMAR, Mehmet: “*6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu Bağlamında Sözleşme Öncesi Aydınlatma Yükümlülüğünü İhlâl Eden Sigortacıya Uygulanacak Yaptırım Sorunu*”, İÜHFM, Y. 2013, C. LXXI, S. 2, 347-360.

ÖZTAN, Fırat: Sigorta Akdinin İnikadında İhbar Mükellefıyeti, BTHAE Yayınları, Ankara 1965.

PEKCANİTEZ, Hakan / ATALAY, Oğuz / SUNGURTEKİN ÖZKAN, Meral / ÖZEKES, Muhammet: İcra ve İflas Hukuku, Yetkin Yayınları, Ankara 2012.

PREKER, S. Alexander/SCHEFFLER, Richard M./BASSETT, Mark C.: Private Health Insurance in Development: Friend or Foe, The World Bank, 2007.

REİSOĞLU, Safa: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Beta Yayınevi, İstanbul 2000.

SEVEN, Vural: “*Sigorta Priminin Rizikonun Gerçekleşmesinden Sonra Tahsil Edilmesinin Sonuçları*”, DEÜHFD, Y. 2010, C. XI, S. 2009, 1267-1278.

SÜZEL, Cüneyt: “*Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Niteliğı, Tarafları ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi*,” MARUHAD, Y. 2018, C. XXIV, S. 2, 931-965.

ŞEKER ÖĞÜZ, Zehra: Türk Ticaret Kanunu ve Türk Ticaret Kanunu Tasarısına Göre Sigorta Sözleşmelerinde Sözleşme Öncesi İhbar Görevi, Filiz Kitabevi, İstanbul 2010.

ŞENOCAK, Kemal: “*Mal Sigortalarında Sigorta Ettirenin Zararı Önleme ve Azaltma Vecibesi (TTK madde 1293)*”, AÜHFD, Y. 1995, C. XLIV, S. 1, 365-424.

THOMSON, Sarah / MOSSIALOS, Elias: “*EU Law and Regulation of Private Health Insurance, Health Economics, Policy and Law*”, CUP, Y. 2007, C. II, S. 2, 117-124.

TİRYAKİ, Derya/TATAR, Mehtap: “*Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama*”, HASİDER, Y. 2000, C. V, S. 4, 123-138.

TOPÇUOĞLU, Metin / ÖZTÜRK, Mustafa: “*Özel Sigorta Girişimin Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Önemi*”, SDÜVD, Y. 2019, C. I, S. 1, 1-19.

TUNÇ, Orhun/ KIYAK, Mithat: “*Private Health Insurance In Europe and Turkey*”, JEFA, Y. 2015, C. II, S. 3, 409-425.

ULAŞ, Işıl: Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, Hayat ve Kişisel Kaza Sigortaları, 2. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara 2002.

ULAŞ, Işıl: Uygulamalı Sigorta Hukuku, Mal ve Sorumluluk Sigortaları, Güncellenmiş 2.Bası, Ankara 1998. (Anılış: *Mal ve Sorumluluk*)

ULAŞ, Işıl: Uygulamalı Zarar Sigortaları Hukuku, 8. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara 2012. (Anılış: *Zarar Sigortaları*)

ÜNAN, Samim: “*Insurer’s Pre-contractual Duties to Inform and Warn/Advise*”, Insurer’s Precontractual Information Duty, Sigorta Hukuku Türk Derneği Yayınları, İstanbul 2013.

ÜNAN, Samim: Hayat Sigortası Sözleşmesi, Beta Yayınevi, İstanbul 1998. (Anılış: *Hayat Sigortası*)

ÜNAN, Samim: Türk Ticaret Kanunu Şerhi, Altıncı Kitap: Sigorta Hukuku, Cilt III, Sigorta Türlerine İlişkin Özel Hükümler, İkinci Bölüm: Can Sigortaları (Madde 1487-1520), On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2017.

YETİŞ ŞAMLI, Kübra: “*Sigortacının Aydınlatma Yükümlülüğünü Düzenleyen TTK m. 1423 Hükümüne İlişkin Bazı Değerlendirmeler*”, Cevdet Yavuz’a Armağan, MARUHAD, Y. 2016, C. XXII, S. 3, 2977- 3004.

OECD: “*Private Health Insurance in OECD Countries*”, OECD Publishing, Paris 2004, [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries_9789264007451-en#page1, (E.T.:15.10.2021)]

OECD: “*Health at a Glance: Europe 2012*”, OECD Publishing, Paris 2012, [<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264183896-en.pdf?expires=1640280022&id=id&accname=guest&checksum=25F332FA5F327D3A44DED090096A3FF1>, (E.T.: 18.12.2021)]