

Sigorta sözleşmelerinde 'gerçek beyan'ın önemi

Başvuru sahibi tarafından; sigorta şirketi ile murisleri M.T. arasında X Bank'tan ihtiyaç kredisi kullanılması nedeniyle, kredi hayat sigortası poliçesinin akdedilmiş olduğu, mirasçılarının poliçe yürürlük dönemi içerisinde vefatı üzerine sigorta şirketine yapmış oldukları başvurunun reddedildiği, murisin rahatsızlığının yeni olmayıp, 1982'den beri devam ettiği, müteveffanın dış görünüşü itibarıyla de hasta olduğunun belli olmasına rağmen kredi verildiği hususları ileri sürülerek tazminatın sigorta şirketince karşılanması talep edilmiştir.

Sigorta şirketi tarafından gönderilen cevap yazısında; Sigortalının, sigorta poliçesini doldurduğu tarihte başvuru formunda bulunan "sağlık beyanları" bölümünde kendisinde bulunan veya tedavi görmüş olduğu veya tedavisi devam eden bir hastalığı olup olmadığı, hastaneye yatıp yatmadığı, tedavi görüp görmediği yönündeki sorulara "hayır" cevabını verdiğini, bunun üzerine o tarihteki mevcut şartlar ve riskler göz önünde bulundurularak taraflar arasında poliçe düzenlendiği, vefat sonrası başvuru sahibi mirasçılar tarafından sunulan belgelerden ise, 2009 yılından beri kalp yetmezliği nedeniyle yakın izlemede bulunduğu öğrenildiği, Hayat Sigortalı Genel Şartları Madde C.2/2.2 gereği gerçeğe aykırı beyanda bulunulduğunun öğrenilmesi üzerine yasal süresi içerisinde ve usulüne uygun olarak T.T.K. 1290'uncu maddesi hükmü gereği cayma/fesih hakkının kullanıldığı ve poliçenin hükümsüzlüğü nedeniyle tazminatın ödenmesinin mümkün olmadığı ileri sürülerek başvuru sahibi talebinin reddedilmiş olduğu beyan edilmiştir.

Hakem tarafından yapılan değerlendirmede; sigorta sözleşmelerinin kurulduğunda, sigorta teminatı altına alınacak riskin belirlenmesi ve bu riskin gerçekleşme ihtimali ile gerçekleşmesi halinde sigorta şirketinin maruz kalacağı tazminat bedelinin sigorta şirketince doğru olarak tespitinin ancak sigorta başvuru formu veya ön bilgi formunda yer alan sigortalıya ait sağlık durumu bilgilerinin değerlendirilmesi ile yapılabildiği, uyumsuzluğa konu olayda aleyhine başvuru yapılan sigorta şirketince, sigortalının ölümüne yol açan hastalığın sigorta başlangıcı öncesinde var olan hastalıklardan kaynaklandığı ve bu hususun başvuru formunda belirtilmediğinin öne sürüldüğü, başvuru sahipleri tarafından ise; müteveffanın rahatsızlığının yeni olmadığı ve 1982 yılından bugüne mevcut olduğu ve bankanın krediyi verirken, müteveffanın fiziksel görüntüsüne rağmen krediyi verdiğinin ileri sürüldüğü, bu durumda hastalığın poliçe başlangıcından önce var olduğu hususunu taraflar yönünden artık sabit bir durum arz ettiği, her ne kadar poliçe tanzimi sırasında müteveffanın sağlık durumu hususunda dış görünüş itibarıyla değerlendirme yapılmadığı başvuru sahiplerince iddia edilmekteyse de, sigorta sözleşmelerinin beyana dayalı iyi niyet sözleşmelerinden olması sebebiyle bu iddianın objektif iyi niyet kuralları ile bağdaşmadığı hususları belirtilerek; müteveffanın poliçe tanzimi öncesi rahatsızlıkları ile ölüm sebebi arasında açıkça irtibat bulunması sebebiyle sigorta şirketinin vefat tazminatından sorumlu olamayacağı gerekçesiyle başvuru sahibi talebinin reddine karar verilmiştir.



Poliçelerde lehdarın belirlenmesi

Başvuru sahipleri tarafından; X Emeklilik ve Hayat tarafından düzenlenen "sabit kapiteli hayat işsizlik poliçesi"nde sigortalı olarak yer alan S.B.'nin 18.03.2012 tarihinde vefatı üzerine yaptıkları tazminat talebinin sigorta şirketi tarafından reddi miras yapılmış olması gerekçesi ile reddedildiğini, oysa sigortalı ile sigorta şirketinin akdedtiği sözleşmeden doğan alacağın sigortalının ölümü ile mirasçılara geçen bir malvarlığı (hak) niteliğinde olamayacağı, bu hakkın sahibinin lehdar olduğu, lehdara ödenecek sigorta tazminatının sigortalının malvarlığına dahil bir unsur olarak varislerine intikal edecek bir değer olmadığı iddia edilerek poliçe kapsamında 4.820.00 TL'nin sigorta şirketi tarafından karşılanması talep edilmektedir.

Sigorta şirketi tarafından verilen cevap yazısında; sigortalı S.B.'nin vefatını takiben, mirasçılar tarafından şirketlerine yapılan tazminat başvurusunun; mirasçılardan reddi miras yapmış olmaları sebebiyle karşılanmamasının olanaklı olmadığı, çünkü ölüm riskine karşı başkası lehine bir hayat sigortası yapılması halinde sigorta alacağının terekeye dâhil olacağı, bu nedenle sigorta tazminatı alacağının mirasın bir parçası olması hasebiyle ancak mirasçılık sıfatına sahip kişilere ödenebileceği ileri sürülerek tazminat talebinin reddedilmiş olduğu beyan edilmiştir.

Hakem tarafından yapılan değerlendirmede; vefat riskinin temin edildiği uyumsuzluk konusu sigorta sözleşmesinde; sigortalı olarak vefat eden S.B.'nin, sigorta ettiren olarak ise Y Bank'ın kaydedilmiş olduğu, poliçenin lehdar kısmında ise sadece kredi veren alacaklı olarak dain-i mürtehin sıfatı nedeniyle Y Bank'ın yazılmış olduğu, somut olaydaki gibi kredi alacağını temin için yapılan meblağ sigortalıların yaygın uygulamasının; kredi borcunu aşan kısım için ikinci dereceden sigortalının yasal mirasçılarının lehdar tayin edilmesi yönünde olduğu, bu durumun, sigorta ettiren kredi veren alacaklı banka da olsa borç yüklenmesi yoluyla daima primleri ödeyen kişinin kredi alan olduğu düşünüldüğünde, menfaatler dengesine ve hakkaniyete de uygun bir çözüm olduğu, öte yandan kendisine intikal eden mirası reddeden kişinin mirasçılık sıfatını kaybettiği ve bu sıfatın kaybindan dolayı mirasın iktisabının ortadan kalktığı, ancak; mirasın reddedilmesinin o kişinin sağlar arası işlemlerle gerçekleşen hak sahipliği durumunu etkilemeyeceği ve lehdar tayininin de sigorta hukukuna ilişkin sağlar arası bir işlem olduğu, bu hususun 6102 sayılı Kanun'unun 1494'üncü maddesinin gerekçesinde de açıkça ifade edilmiş olduğu, somut olaydaki gibi lehdarın sigorta alacağını ölüme bağlı bir tasarruf neticesinde mirasçı sıfatı nedeniyle değil, sağlar arası bir tasarruf ile lehdar sıfatı sonucu kazanmakta olduğu gerekçesiyle başvuru sahipleri talebinin kabulüne karar verilmiştir.