

**SAĞLIK SİGORTALARI
ÖZEL VE GENEL ŞARTLAR
KİTAPÇIĞI**



Sayın Sigortalımız,

Güvenilir, dürüst ve müşteri memnuniyeti ilkelerinin esas alındığı, hizmet politikası ile sigorta sektöründe lider konumda bulunan Şirketimizi tercih ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Sağlık poliçenizin ekinde teslim aldığınız bu poliçe kitapçığı, Şirketimizde var olan tüm sağlık ürünlerini ve teminatlarını kapsayan genel açıklamalar içermektedir. Satın aldığınız ürüne ait özel uygulamalar poliçe ekinde teslim edilmiş olan ve bu belgeyi tamamlayan “ Özel Uygulamalar Eki”nde mevcuttur.

Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşmanız durumunda öncelikli olarak Şirketimizi arayarak poliçenizin teminatlarından nasıl yararlanacağınız hakkında bilgi almanızı tavsiye ederiz.

Sağlık sigortası Genel ve Özel şartlarını içeren bu kitapçığın siz değerli sigortalımızı aydınlatacağı ve bilgilendireceğini umarız.

Sizlerle olan birlikteliğimizin daha uzun yıllar devam etmesini temenni eder, sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

AXA SİGORTA A.Ş.

SAĞLIK SİGORTALARI ÖZEL VE GENEL ŞARTLAR KİTAPÇIĞI

KONU BAŞLIKLARI	SAYFA
A. SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI	4
1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI	4
1.1. Sigortanın Konusu	4
1.2. Sigortanın Süresi	4
1.3. Sigortacı Sorumluluğunun Başlaması	4
1.4. Tahsilat Şekli	4
1.5. Kontrol Yetkisi	4
2. TANIMLAR	4
3. SİGORTANIN TEMİNATLARI	7
3.1.Yatarak Tedavi	7
3.2.Yoğun Bakım	7
3.3.Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz	7
3.4.Küçük Müdahale	8
3.5.Yatış Sonrası Fizik Tedavi	8
3.6.Evde Bakım	8
3.7.Yardımcı Tıbbi Malzeme	8
3.8.Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi	8
3.9.Kontrol Amaçlı Mamografi/ Kontrol Amaçlı PSA	8
3.10.Yurtdışı Yatarak Tedavi	8
3.11.Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri	9
3.11.1. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Hizmetler.....	9
3.11.1.1. Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık.....	9
3.11.1.2. Tıbbi Nakil (Kara/Hava Ambulansı/Sedyeli Uçuş).....	9
3.11.2. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Genel İstisnalar.....	9
3.11.3. AXA ASSISTANCE Hizmetlerinden Yararlanmak İçin Ne Yapmanız Gerekli?.....	9
3.11.4. Genel Hükümler.....	10
3.11.4.1. Sınırlama.....	10
3.11.4.2. İstirdat (Geri Alım).....	10
3.12.Hava Ambulansı	10
3.13.Suni Uzuv Giderleri	10
3.14. Ferdi Kaza Sigortası.....	10
3.15.Ayakta Tedavi	10
3.15.1 Doktor Muayene	10
3.15.2 İlaç	10
3.15.3 0-6 Yaş Çocuk Aşıları	11
3.15.4 Laboratuvar Hizmetleri	11
3.15.5 Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri	11
3.15.6 İleri Tanı Yöntemleri.....	11
3.15.7 Fizik Tedavi.....	11
3.15.8 Yurtdışı Ayakta Tedavi Teminatı	12
3.16. Gebelik Takip Giderleri	12
3.17. Doğum Teminatı	12
3.18. Yeni Doğan Bebek Teminatı	13
3.19. Check-Up Teminatı.....	13
4. BEKLEME SÜRELERİ	13
5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER	14
6. COĞRAFİ KAPSAM	16
7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI	16
7.1. Yatarak Tedavi Teminat Uygulamaları	16
7.2. Ayakta Tedavi Teminat Uygulamaları	17
7.3. Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler	17
7.4. Anlaşmalı Kurum Uygulamaları	17

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

7.5. Anlaşmasız Kurum Uygulamaları	17
8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ	18
8.1. Tazminat Ödeme Şekli	18
8.2. Geri Ödeme Süresi	18
8.3. Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi	18
8.4. Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar	18
8.5. Tazminat Talebinde Sigorta Şirketi Tarafından İstenen Belgeler	18
8.5.1.Yatarak Tedavi Giderleri İçin.....	18
8.5.2. Ayakta Tedavi Giderleri İçin.....	18
8.5.3. Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi İçin.....	19
8.5.4. Yurtdışı Tedavilerde.....	19
9. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ	19
9.1. Sigortanın Yenilenmesi.....	19
9.2. Beyan Yükümlülüğü	19
9.3. Sigorta Teminat ve Priminde Değişiklik	19
9.4. Yenileme Garantisi	20
10. PRİM TESPİTİ	20
10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler	20
10.1.1. Ürün Tablo Fiyatı Nedir?.....	20
10.1.2. Tablo Fiyatı Hangi Kriterlere Göre Değerlendirilmektedir?.....	20
10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler.....	20
11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ	21
11.1. Yeni Giriş İşlemleri	21
11.2. Sigortaya Yılı İçinde Sigortaya Girişler	21
11.2.1. Evlilik.....	21
11.2.2. Yeni Doğan Bebek.....	21
11.2.3. Evlat Edinme.....	22
11.2.4. Sigortalı Eş ve/veya Çocuğunun Bir Başka Sigorta Şirketinde Sigortalı ya da Yurtdışında Olması.....	22
11.2.5. Askerlik Dönüşü Sigortaya Yeniden Dahil Edilme.....	22
12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR	22
13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI	23
14. SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI VEFATI	23
14.1. Sigorta Ettirenin Vefatı.....	23
14.2. Sigortalı/Sigortalıların Vefatı.....	23
15. RÜCU HAKKI.....	23
16. POLİÇE BİLGİLERİ DEĞİŞİKLİK TALEPLERİ.....	23
16.1. Ad-Soyad/Doğum Tarihi Değişikliği.....	23
16.2. Tüzel Kişilik Unvan Bilgi Değişikliği.....	23
16.3. Adres Değişikliği.....	24
16.4. Kredi Kart Değişikliği.....	24
16.5. Sigorta Ettiren Değişikliği.....	24
16.6. Lehdar Değişikliği.....	24
17. VERGİ İNDİRİMİ.....	24
B. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI.....	24
C. FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI.....	28

A. SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

1.1. Sigortanın Konusu

AXA SİGORTA A.Ş. poliçede/zeyilnamede belirtilen Sigortalı/Sigortalıların poliçede/zeyilnamede belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe/zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve özel şartlar dahilinde, Türk Ticaret Kanunu Genel hükümleri, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti hudutları içerisinde ikamet edenleri kapsar.

1.2. Sigortanın Süresi

Sağlık poliçeleri 1 yıllık olarak düzenlenir. Poliçede/zeyilnamede yazılı olan poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

Sigorta teminatı, poliçe başlangıç tarihi Türkiye saati ile öğlen saat 12.00' de başlar ve öğlen saat 12.00' de sona erer.

1.3. Sigortacı Sorumluluğunun Başlaması

Sigortacının sorumluluğu, başvuru formunun sigortacı tarafından kabul edilip sigorta priminin peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenerek başlar.

1.4. Tahsilat Şekli

Prim tahsil şekli kredi kartıdır. Peşin ve taksitli poliçelerde peşinat ödemesi havale ile yapılabilir. Müteakip ödemeler için havale kabul edilmez.

Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Peşin ödemelerde indirim uygulanır (Bkz. Taksitlendirmeye Bağlı İndirim/Sürprim Tablosu sayfa 21).

1.5. Kontrol Yetkisi

AXA SİGORTA A.Ş. poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. AXA SİGORTA A.Ş. bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

2. TANIMLAR

Acil :

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Axa Sigorta Özel Şartları gereği kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan durumlardır.

Aşağıda listelenmiş durumlar haricinde ortaya çıkabilecek vakalar "Acil" tanımında değerlendirilmez.

Akut Batın,
Akut Hipertansif Atak,
Akut Masif Kanamalar,
Akut Myokard Infarktüsü (Kalp Krizi) ve ciddi ritim bozuklukları,
Astım Krizi ve Akut Solunum Yetmezliği,
Ciddi alerji, anafilaktik şok,
Donma,
Elektrik çarpması,
Göz yaralanmaları,
Meningit, Ensefalit, Beyin Absesi
Renal Kolik,
Sıcak/ Güneş çarpması,
Suda Boğulma,
Şuur kaybına neden olan her tür hal,
Trafik Kazası,
Travma sonucu oluşan kırık, yaralanma ve uzuv kopmaları,
Yanık,
Yüksek ateş (39.5 ve üzeri),
Zehirlenme (Kimyasal madde ve Besin zehirlenmesi).

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Alternatif Tedavi:

Geleneksel tıp dışında Akupunktur, Çin ve Hint Tıbbı, Homeoterapi, Anti-Aging, Well Being, Ayurveda, Bitkisel Tedavi, Biyoenerji, Reiki, Hipnoz, Magnetoterapi, G Terapi, Nöral terapi, Balneoterapi, Oksiterapi vb. gibi geleneksel tıp sistemleri tarafından kabul görmeyen teknik yöntem ve disiplinlerdir.

Anlaşmalı Kuruluş:

AXA SİGORTA A.Ş.' den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve Sigortacı ile özel anlaşması bulunan hastane, poliklinik, tanı merkezi, eczane ve doktor muayenehaneleridir. Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sigortacı tarafından sigortalıya poliçe ekinde verilen listede ve AXA SİGORTA A.Ş' ye ait www.axasigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili listede değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi' nde saklıdır.

Anlaşmasız Kuruluş:

AXA SİGORTA A.Ş. ile özel anlaşması bulunmayan ve Sigortacı tarafından sigortalıya poliçe ekinde verilen Anlaşmalı Kurum listesinde ismi yer almayan sağlık kuruluşu ve özel doktor muayenehaneleridir.

Asistans Talebi:

Sigortalının bizzat kendisi veya onun namına hareket eden biri tarafından 3.11'de bahsi geçen hizmetler kapsamında gelen taleptir.

AXA ASSISTANCE:

Yurtiçinde ve yurtdışında 24 saat 365 gün boyunca acil yardım, tıbbi danışmanlık, ambulans ve buna bağlı Madde 3.11' de tanımlanmış diğer yardımcı tıbbi hizmetlerin Sağlık Sigortası Genel ve Axa Sigorta Özel Şartlar çerçevesinde sağlayan firmadır.

AXA ASSISTANCE Tıbbi Ekip:

AXA ASSISTANCE sorumlu doktoru ve tedavi eden doktor tarafından tanımlanan her bir olaya uygun 24 saat x 7 Gün hizmet veren tıbbi birimdir.

Bedeni Yaralanma:

Sağlık sözleşmesinin düzenlenmesinden sonra, sözleşme geçerlilik tarihi içerisinde ilk ortaya çıkan ani ve öngörülemeyen yaralanmalardır.

Bekleme Süresi:

Sigortalının yatarak tedavi sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir (Bkz. sayfa 13 Bekleme Süreleri).

Bakmakla Yükümlü Olunan Kişiler:

Sigortalının eşi ve sigortalı ile birlikte ikamet eden evlenmemiş çocukları, üvey çocukları ve evlatlıkları bu tanıma girer.

Ciddi Tıbbi Sebep:

Sağlık sözleşmesinin düzenlenmesinden sonra, sözleşme geçerlilik tarihi içerisinde ortaya çıkan veya kişinin hayatını tehlikeye sokan yaralanma ve hastalıklardır.

Daimi İkametgah:

Sigortalının poliçesinde belirtmiş olduğu Türkiye sınırları içerisinde bulunan ev adresidir.

Doğumsal (Konjenital) Hastalık:

Belirtileri ileri yaşta ortaya çıksa ve tanısı ileri yaşta konulsa dahi, kromozom anomalileri, genetik bozukluklar, yapısal kusurlar ile prenatal (gebelik öncesi), perinatal (gebelik sırasında) ve doğum eylemi sırasında ortaya çıkabilen fiziksel, metabolik, genetik ve kimyasal nedenlere bağlı oluşan her tür sakatlık, motor ve mental gelişim bozuklukları, metabolik ve genetik tüm hastalıklar, yapısal ve fonksiyonel anomaliler, araz ve kusurlardır.

Doktor:

Tıp doktoru diplomasına sahip, hastanede veya muayenehanede hasta kabul etmeye yetkili kişilerdir.

Hastalık:

Sigortalının tıbbi veya cerrahi müdahaleyi gerektirecek şekilde tıbbi ve fonksiyonel dengesinde meydana gelen bozukluklardır.

Hastane:

Türkiye' de Sağlık Bakanlığı tarafından, yurtdışında ise dengi resmi kuruluşlarca, hasta ve yaralı kabul etmeye, ayakta/yatarak tedaviye yetki verilmiş, ruhsatlandırılmış ve 24 saat hizmet verebilen sağlık kuruluşlarıdır.

Hastane terimi; kaplıca, dinlenme/huzurevleri, karantina ve akıl hastalıkları, uyuşturucu ve alkolizm tedavisi veren kuruluşları kapsamamaktadır.

İlaç:

Bozulan fizyolojik sistemleri, fonksiyonel dengeleri ve patolojileri düzeltmek amacıyla kullanılan farmasötik ürünlerdir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

İştirak Oranı:

Sigortalının teminat kapsamındaki her bir masrafa poliçede belirtilen oranda katılmasıdır.

Kadrolu Doktor:

Sağlık kurumunun tam ve yarı zamanlı sözleşmeli doktorları arasında yer alan, sağlık kurumu ile sigorta şirketi arasında kurulan anlaşma şartlarını kabul etmiş doktordur.

Katılım Protokolü:

Sigorta şirketi tarafından sigortalının belirli bir hastalığı için uygulanan ve sadece yatarak tedavi teminatı kapsamına giren durumlar için geçerli sigortalı katılım payıdır.

Kaza:

Sigortalının doğal oluşan şartlardan veya herhangi bir hastalıktan kaynaklanmayan, ani ve dışarıdan gelen bir olaydan dolayı iradesi dışında meydana gelen olaylarla karşı karşıya kalmasıdır.

Kazanılmış Haklar:

Sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır. Diğer şirketlerden veya sağlık kurumlarından gelen kişisel raporlarındaki mevcut sağlık durumlarına göre tıbbi risk değerlendirmesi yapılarak kazanılmış hakların içeriği belirlenir. Buna göre hazırlanmış fiyat tanıtımının sigortalı adayı tarafından kabul edilmesi halinde, sigortalı ve sigorta şirketinin uzlaştığı konular sigortalının kazanılmış hakları olarak adlandırılır.

Mesleki Hastalıklar: Sigortalının iş yerinde yaptığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir nedenle veya işin yürütüm koşulları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık ve ruhi arıza halleri meslek hastalığı olarak kabul edilir.

Asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis, kuş gribi vb. hastalıklar, işyerinde bulunan asbest, alüminyum, civa, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş, kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulmuş virüs ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar mesleki hastalıklar olarak kabul edilir.

Muafiyet:

Sigortalının kendisinin ödemesi gereken, Acil Yardım Teminatının karşılamadığı kısımdır.

Önceden Mevcut Hastalık:

Belirtisinin/bulgusunun veya teşhisinin/tedavisinin başlangıcı, sigorta başlangıç tarihi öncesine dayanan rahatsızlıklar ile gelişim süreci açısından sigorta başlangıç tarihinden öncesine dayalı rahatsızlıklar ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklardır (komplikasyonlar) .

Poliçe:

AXA SİGORTA A.Ş. tarafından düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesi.

Sağlık Kuruluşu:

T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmeliklerine göre kurulmuş olan, hasta veya yaralılara ait teşhis, tedavi veya gerektiğinde cerrahi müdahaleyi yapmaya yetki verilmiş ve ruhsatlandırılmış kurumlardır.

Sigorta Ettiren:

Sigorta Şirketi ile sözleşmeyi kuran, bu sözleşmenin kapsamı dahilinde prim ödeme yükümlülüğünü üstlenmiş gerçek veya tüzel kişidir.

Sigorta Şirketi/Sigortacı:

Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminatın yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. Satın almış olduğunuz poliçe için sigorta şirketi/sigortacı AXA SİGORTA A.Ş.'dir.

Sigortalı:

Sağlık giderleri sigorta sözleşmesi ile teminat altına alınan, risk gerçekleştiğinde tazminat bedelini talep hakkı bulunan ve Türkiye'de ikamet eden poliçede ismi yazılı kişi ya da kişilerdir.

Suni Uzuv:

Uzuv kaybı olan bir kişinin kaybettiği uzuvla sürdürdüğü yaşamsal faaliyetlerine devam edebilmesi için ihtiyaç duyduğu, vücut dışına eklenen aparatlardır.

Tetkik Amaçlı Yatış:

Yatış endikasyonu olmaksızın ayakta tedavi ile tespit/takip ve tedavi edilebilecek herhangi bir hastalık veya belirtinin, aynı veya farklı branş doktorları tarafından yürütülen ileri tetkik, inceleme ve tedavi işlemleri için yapılan yatışlardır.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi (T.T.B.A.Ü.T.):

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi' nin 6023 sayılı yasasına dayanarak doktorların muayene/televi için almaları gereken asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, T.T.B.A.Ü.T.' deki işlem birimlerinin, o işlemin yapıldığı ilin tabip odalarının belirlenen ve altı ayda bir değışen katsayı ile çarpımına KDV eklenecek yapılır.

Yakın:

Sigortalının anne, baba, eşı veya beraber yaşadığı kişi, çocukları, kardeşleridir.

3. SİGORTANIN TEMİNATLARI

Satın almış olduğunuz ürün kapsamı, poliçede yazılı olan limit ve teminatlar dahilinde geçerlidir. Poliçe başlangıcı sırasında satın alınan ürün poliçe yılı içerisinde değıştirilemez. Yenileme dönemlerinde de ürün değışikliğine yönelik talepler sigorta şirketinin görüşleri doğrultusunda değeriendirilir.

Eko Sağlığım Grubu ürünleri için özel anlaşmalı kurum uygulamaları bulunmaktadır. Satın almış olduğunuz ürüne ilişkin detaylı uygulama esasları poliçe ekinde teslim edilmiş olan özel uygulamalar ekinde mevcuttur.

3.1. Yatarak Tedavi

Yatarak tedavi teminatı sigortalının tıbbi tedavi ve/veya ameliyat gerektiren hastane yatışlarını kapsar. Acil durumlar haricinde, yatarak tedavi teminatından yapılacak harcamalar için planlanan tedavi tarihinden en az 2 gün önce provizyon merkezimize başvuru yapılmalıdır.

Sigortalının tedavisinin genel/ lokal anestezi altında cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiği durumlarda yapılan ve T.T.B.A.Ü.T.'de belirtilen 150 birim ve üzerindeki cerrahi işlemler ameliyat tanımına girer.

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 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.

Doktor muayeneleri veya ameliyathane ruhsatı olmayan sağlık kurumlarında yapılan işlemler Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında değeriendirilmemektedir.

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

Koroner anjiyografi masrafları, ameliyat öncesi yapılan ameliyata hazırlık tetkikleri (pre-op tetkikler), dış gebelik ameliyatları, kanser tedavisi sonrası yapılan rekonstrüktif cerrahi işlemler (meme rekonstrüksiyonu vb.), kuduz ve tetanos aşılı da bu teminat kapsamında değeriendirilir.

Tetkik amaçlı hastane yatış masrafları bu teminat kapsamı dışındadır.

Bir sigortalılık yılı süresince yatarak tedavi teminatının geçerli olduğu süre 180 gündür. Bu süreyi aşan tedaviler için yatarak tedavi teminatı kapsamındaki hizmetlere ait doktor ücretleri ve yapılan tüm tetkikler T.T.B.A.Ü.T. ile hastane oda-yemek ve refakatçi giderleri günlük 50\$ ile ameliyathane açılış ücretleri T.T.B.A.Ü.T.' deki ilgili ameliyatın operatör ücretlerinin % 30'u ile sınırlı olmak kaydıyla karşılanır.

3.2. Yoğun Bakım

Yoğun bakım teminatı, sigortalının tedavisinin yoğun bakım ünitesinde sürdürölmesi gereken hallerde meydana gelen yoğun bakım yatışlarını kapsar.

Bünyelerinde yoğun bakım ünitesi bulunduran hastane ya da kliniklerde yatar hasta olarak bulunan sigortalının yoğun bakım ünitesinde geçirdiği süre içinde yapılan her türlü ameliyat, cerrahi müdahale, tanı ve tetkik amaçlı yapılan her türlü girişim, doktorluk ücretleri ve masraflar bu teminattan karşılanır.

Yoğun bakım teminatı yıllık 90 gün ile sınırlıdır.

3.3. Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz

Sigortalının kanser hastalığı nedeniyle gereken kemoterapi, radyoterapi ve bu tedavi yöntemlerinin gerektirdiği ilaç giderleri ile böbrek yetmezliği nedeniyle yapılan her türlü diyaliz tedavileri bu teminat kapsamındadır.

Kemoterapi öncesi kemoterapiye hazırlık amacıyla yapılan onkolojik muayene ve kan tahlilleri bu teminat kapsamında değeriendirilir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

3.4. Küçük Müdahale

T.T.B.A.Ü.T.' de belirtilen 149 birim ve altındaki tüm cerrahi girişimler ile dikiş atma, yara tedavisi, kırık nedeni ile alçı ve pozisyon işlemleri, akut ürtiker, pansuman, serum takılması, oksijen verilmesi, mide yıkanması, kulak yıkama, enjeksiyon, aşı ve serumların uygulama bedelleri, hiperbarik oksijen tedavisi, lavman, sonda uygulaması, apse drenajı, her tür koterizasyon, kriyoterapi, tek veya birden fazla sayıda tırnak çekimi, tek veya birden fazla sayıda ben alımı gibi müdahalelerin ve sarf malzemelerinin masrafları bu teminattan karşılanır. Yataklı bir tedavi kurumunda tıbbi gözlem altında yapılan tanı amaçlı tetkikler ve tedaviler de aynı teminat kapsamında değerlendirilir.

3.5. Yatış Sonrası Fizik Tedavi

Yatarak tedavi teminatı tanımına giren bir ameliyatı veya yatışı takiben 2 ay içinde yapılan fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamındadır. Tedavi masraflarının ödenebilmesi için tedaviyi yürüten doktor tarafından verilen fizik tedavi talep raporunun ibraz edilmesi ve tedavinin anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda yapılması zorunludur.

Yatış Sonrası Fizik Tedavi Teminatı yıllık 15 seans ile sınırlıdır.

3.6. Evde Bakım

Hastaneye yatışı takiben, sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması gerekliliği halinde oluşan masraflar bu teminat kapsamındadır. Beslenme, genel vücut temizliği (bez değişimi, sürgü, yıkanma), tedavi (ilaç verilmesi, enjeksiyon, serum ve sonda takılması, pansuman yapılması) gibi hizmetler Evde Bakım Teminatı kapsamında değerlendirilir.

Sigortalının desteğe gereksinimi olan kronik hastalığı olması halinde gereken bakım masrafları (diyete uygun yemek temini, yemek yedirme, kişisel temizlik vb.) bu teminat kapsamına girmez.

Tedavi masraflarının ödenebilmesi için sigortalının tedavisini yürüten doktorun evde bakım gerekliliğini bildiren raporunun ibraz edilmesi ve evde bakım ile ilgili organizasyonun sigorta şirketi tarafından yapılması zorunludur.

3.7. Yardımcı Tıbbi Malzeme

Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile gereken yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir.

3.8. Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi

Trafik kazası sonucu meydana gelen, diş doktorları, çene cerrahisi uzmanları ya da plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili muayene, her türlü röntgen ve ameliyatlar bu teminat kapsamındadır. Tedavi masraflarının ödenebilmesi için yetkili resmi makamlardan alınan kaza raporunun ibraz edilmesi ve tedavinin anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda yapılması gerekmektedir.

Trafik kazası dışındaki kaza sonucu diş kayıpları ile ilgili tedaviler kapsam dışıdır. Kaza harici nedenlere bağlı olarak yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik tedavi ve ameliyatlar poliçe kapsamı dışındadır.

3.9. Kontrol Amaçlı Mamografi/Kontrol Amaçlı PSA

Erkek sigortalılar için prostat kanseri taraması amaçlı yapılan PSA tetkiki ve bayan sigortalılar için meme kanseri taraması amaçlı yapılan mamografi tetkiki bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Tetkik masraflarının ödenebilmesi için tetkiklerin bu hizmetin verildiği anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda yapılması zorunludur. Kontrol amaçlı PSA/Mamografi teminatı yılda bir defa kullanılabilir.

3.10. Yurtdışı Yatarak Tedavi

DİKKAT! Bu teminat EKO Sağlık ürünlerinde mevcut değildir.

Sigortalının yurtdışında gerçekleşen 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 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.

Teminat kapsamı ürün ve plana göre farklılıklar göstermektedir. Satın almış olduğunuz ürüne ilişkin detaylı uygulama esasları poliçe ekinde teslim edilmiş olan özel uygulamalar ekinde mevcuttur.

Yurtdışı Yatarak Tedavi giderleri, belirtilen teminat limit ve iştirak oranları dahilinde geçerlidir. Yurtdışında 92 günden fazla ikamet edilmesi durumunda sağlık giderleri, T.T.B.A.Ü.T. üzerinden teminat limit ve iştirak oranı dahilinde karşılanır. Sigortalının yurda giriş yapmasından sonra ilgili 92 günlük süre yeniden başlar.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

3.11. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri

AXA SIGORTA A.Ş.' den sağlık sigortası alan her Sigortalı AXA ASSISTANCE' ın 24 saat sağlık danışma ve acil ambulans hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır.

3.11.1. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Hizmetler

3.11.1.1. Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık:

Sigortalı, acil olan veya olmayan herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında 365 gün 24 saat boyunca hizmet veren AXA ASSISTANCE merkezini arar. Merkezdeki Medikal Ekip; sigortalıya en yakın doktor, uzman doktor, hastane, teşhis merkezleri, eczane ve nöbetçi eczane isimleri, adresleri ve telefon numaraları konusunda yardımcı olur. Karşılaşılan sağlık problemi konusunda alınması gereken önlemler ile ilgili tavsiyede bulunulur ancak tanı konmaz, ilaç önerilmez.

3.11.1.2. Tıbbi Nakil (Kara/hava ambulansı/sedyeli uçuş)

3.11.1.2.1. Hastaneye nakil:

Sigortalı hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda kişilerin, en yakın uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna nakli sağlanır.

3.11.1.2.2. Bir hastaneden diğerine nakil:

Sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipmanın olmaması durumunda AXA ASSISTANCE' ın belirleyeceği bir araçla (kara ambulansı, tarifeli uçuş v.b.), bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında doğrudan nakli sağlanır.

3.11.2. Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminatına Ait Genel İstisnalar:

- Savaş, istila, yabancı düşman hareketi, çatışma (savaş ilan edilmiş olsun olmasın), iç savaş, isyan, ayaklanma, terörist-askeri-inzibati güçler, halk hareketleri,
- Kasıtlı olarak kendini yaralama veya Sigortalının bir suç olayının parçası olması sonucu doğan olaylar,
- Sigortalının her türlü araba yarışına ya da gösterilerine yarışmacı olarak iştirak ettiği sırada oluşan giderler,
- Sigortalının meşru müdafaa hariç bir kavga/dövüşe karışması nedeniyle oluşan giderler,
- Profesyonel olarak ya da resmi bir yarışma gösterisi için eğitici sıfatıyla spor yapılması nedeniyle oluşan giderler,
- Her hangi bir nükleer yakıttan ileri gelen iyonizasyon radyasyonları ya da radyoaktif bulaşmanın veya her hangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya nükleer bileşenin radyoaktif, zehirleyici ve diğer tehlikeli özelliklerinden doğrudan ya da dolaylı olarak ileri gelen veya bunların yol açtığı giderler.
- Alkol zehirlenmesi veya ilaç/uyuşturucu zehirlenmesi (ehliyetli bir doktorun talimatı ve reçetesi doğrultusunda tedavi amacıyla alınanlar hariç) etkisi altında iken ya da bu etkiden ileri gelen tam veya kısmi iş görmemezlik durumu nedeniyle oluşan giderler.
- İntihar ya da teşebbüsü sonucunda ölüm, yaralanma veya hastalık,
- Tahmini doğum tarihinden 3 ay öncesine kadar hamileliğe ya da gönüllü çocuk düşürmeye bağlı olaylar,
- AXA ASISTANCE yurtdışı anlaşmalı sağlık kuruluşuna ilişkin yönlendirmeler dışında alınacak sağlık hizmetlerine ilişkin organizasyonlar.

3.11.3. AXA ASSISTANCE Hizmetlerinden Yararlanmak İçin Ne Yapmanız Gerekli?

Acil bir durumda hizmet almak için İstanbul' daki AXA ASSISTANCE merkezini 365 gün 24 saat boyunca Axa Sigorta Acil Yardım Hattı 444 1 999 dan arayabilirsiniz.

Acil durumlarda da aynı merkezi arayarak;

- İsminizi, poliçe numaranızı, T.C numaranızı,
- Bulduğunuz yeri, ulaşabileceğiniz telefon numaranızı,
- Probleminizi ve yardım talebinizi aktarmanız yeterlidir.

Başka bir hastaneye transfer talebinizde ise; bizzat kendiniz ya da adınıza ilgili kişinin;

- İsim, adres ve bulunduğunuz hastanenin telefon numarasını,
- Tedavi eden doktorun ve varsa aile doktorunun adresi ve telefon numarasını bildirmesi suretiyle en kısa sürede gereken yardım yapılacaktır.

AXA ASSISTANCE' ın medikal ekibi veya temsilcileri sigortalı durumunu tespit edebilmek için onun yanına serbestçe girebileceklerdir. Şayet bu yükümlülük yerine getirilemez ise ve haklı bir itiraz olması hariç, sigortalı tıbbi yardıma hak kazanamayacaktır.

Her halükarda AXA ASISTANCE tedaviyi üstlenen doktor ile mutabık kalarak nakil tarih ve aracını tayin edecektir.

Hastane yatmayı gerektiren bedeni zarar/yaralanma durumunda sigortalı veya onun adına hareket eden kişi olayın vuku tarihinden itibaren 48 saat içinde AXA ASISTANCE' ı haberdar edecektir. Bu haberin verilmemesi halinde, AXA ASISTANCE ortaya çıkacak masrafları sigortalıya ödememe hakkına sahiptir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

3.11.4. Genel Hükümler

3.11.4.1. Sınırlama

Tıbbi danışmanlık ve ambulans hizmetleri teminatı ile sözleşme kapsamına alınan bir talep ortaya çıktığında, sigortalı bu hasarı sınırlamak ya da durdurmak için çaba sarf etmek durumundadır. Kapsam dışında yapılan tüm masraflar ve sigortalı adına ödenen bedeller, sigortalının önceden onayı alınması koşulu ile kendisinden tahsil edilir. Sigortalının, kapsam dışında yapılan masrafların ödemesine onay vermediği durumlarda; AXA ASISTANCE sigortalının hasarını asistans limitleri dahilinde karşılamak ile yükümlüdür.

3.11.4.2. İstirdat (Geri Alım)

Sigortalı, AXA ASISTANCE' ın ilgili kaynaklardan gerekli ödemeleri geri alabilmesi için AXA ASISTANCE' a her türlü belgeyi sağlayacak ve formaliteleri yerine getirmelidir.

3.12. Hava Ambulansı

Sigortalının hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda sigortalının en yakın uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna kara yolu ile naklinin tıbben sakıncalı olduğu hallerde hava ambulansı kullanımı ile ilgili giderler bu teminattan karşılanır.

Hava Ambulansı masraflarının ödenebilmesi için AXA ASISTANCE Medikal ekibi ve tedavi eden doktorun, sigortalının hava yolu ile nakil gereksinimi ve sağlık durumunun hava yolu ile nakline müsait olup olmadığı konusunda hemfikir olması gereklidir. Hava ambulansının kullanılması için kişinin kara ambulansı ile taşınamayacağına dair doktor raporu olması, kişinin bulunduğu coğrafi alanda tedaviyi yapabilecek yeterli donanıma sahip başka bir sağlık kurumu olmaması ön şartları sonrasında, hava ambulansının gerekliliği ile ilgili son kararı sigorta şirketinin doktoru verir.

İlgili teminat sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir.

3.13. Suni Uzuv Giderleri

Sigortalının hastalık veya kaza sonucu uzuv kaybı olması halinde, kaybedilen uzva ait fonksiyonların yerine konması için gereken aparatlara ait giderler bu teminat kapsamındadır. Örnek: elini kaybeden bir kimsenin ihtiyaç duyacağı takma el vb. giderler bu teminattan karşılanır. Kanser ameliyatı sonrası kullanılan meme protezleri ve göz kaybı nedeniyle gerekebilecek takma göze ait giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.14. Ferdi Kaza Sigortası

Sigortalının kaza sonucu yaşamını kaybetmesi veya kaza sonucu sürekli sakat kalması halinde poliçenin ekinde verilen Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları çerçevesinde ve poliçede belirtilen limitler dahilinde ilgili teminat geçerli olacaktır. Bu teminat poliçe kapsamı dahilinde 18 yaş üstü aile fertlerinden talep edilen sigortalıya verilmektedir. Poliçe tanzimi esnasında talep gelmesi halinde ilgili teminat 18-59 yaş arası aile bireylerine ek prim ile verilebilir. (Bkz.28 Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları)

3.15. Ayakta Tedavi

Ayakta tedavi; doktor muayene, ilaç, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi, 0-6 yaş çocuk aşıları teminatlarından oluşur. Teminat kapsamı ürün ve plana göre farklılıklar göstermektedir. Satın almış olduğunuz ürüne ilişkin detaylı uygulama esasları poliçe ekinde teslim edilmiş olan özel uygulamalar ekinde mevcuttur.

Tetkik amaçlı hastaneye yatış sırasında yapılan muayene ve tanısal işlemler bu teminattan karşılanır. Ancak bu yatışlarla ilgili oda-yemek ve refakatçi masrafları ödenmez.

3.15.1. Doktor Muayene

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlığım Platin, Süper Sağlığım Altın, Sağlığım Platin Ekstra, Sağlığım Altın, Eko Sağlığım Platin, Eko Sağlığım Altın ürünlerinde bulunmaktadır. Sağlığım Kristal Ekstra, Sağlığım Kristal Modern Tanı, Eko Sağlığım Kristal Modern Tanı ürünlerinde doktor muayene teminatı bulunmamaktadır.

Tıp diplomasına sahip doktorlar tarafından hastanelerde, kliniklerde ve özel muayenehanelerde yapılan hasta tedavisine yönelik muayene giderleri bu teminattan karşılanır.

3.15.2. İlaç

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlığım Platin, Süper Sağlığım Altın, Sağlığım Platin Ekstra, Sağlığım Altın, Eko Sağlığım Platin, ve Eko Sağlığım Altın ürünlerinde bulunmaktadır. Sağlığım Kristal Ekstra, Sağlığım Kristal Modern Tanı, Eko Sağlığım Kristal Modern Tanı ürünlerinde ilaç teminatı bulunmamaktadır.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Doktor tarafından reçete edilen ilaç bedelleri ve yılda bir defa olmak üzere grip aşısı giderleri bu teminattan karşılanır.

Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan aşılardan dışındaki suçiçeği, hepatit-A ve rotavirus aşısı bu teminat kapsamındadır. İlaç giderleri reçetede her bir ilaç için en fazla 30 günlük doz ile sınırlı olarak ödenir. Sigortalının sürekli kullanması gereken kronik hastalıklarına ilişkin ilaçlar, reçete üzerine doktor tarafından belirtilmesi halinde, reçete fotokopisi ile en fazla 3 aylık doz ile sınırlı olarak ilgili teminattan karşılanır.

Reçetesiz, fatura ya da kasa fişi olmayan, kupürsüz (karekodsuz) veya kupürde ismi açıkça okunmayan ilaçlara ait talepler karşılanmaz.

3.15.3. 0–6 Yaş Çocuk Aşuları

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlıkım Platin, Süper Sağlıkım Altın, Sağlıkım Platin Ekstra, Sağlıkım Altın, Eko Sağlıkım Platin, Eko Sağlıkım Altın ürünlerinde bulunmaktadır. Sağlıkım Kristal Ekstra, Sağlıkım Kristal Modern Tanı, Eko Sağlıkım Kristal Modern Tanı ürünlerinde 0-6 yaş çocuk aşuları teminatı bulunmamaktadır

Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan 0-6 yaş çocuk aşuları ve bu aşılardan dışındaki suçiçeği, hepatit-A ve rotavirus aşısı bu teminattan karşılanır.

Muayenehane faturalarında yer alan aşı ücretleri için kupür aranmaz. Bu teminat, 6 yaşından büyük sigortalılar için geçerli değildir.

3.15.4. Laboratuvar Hizmetleri

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlıkım Platin, Süper Sağlıkım Altın, Sağlıkım Platin Ekstra, Sağlıkım Altın, Eko Sağlıkım Platin, Eko Sağlıkım Altın ve Sağlıkım Kristal Ekstra ürünlerinde bulunmaktadır. Sağlıkım Kristal Modern Tanı, Eko Sağlıkım Kristal Modern Tanı ürünlerinde laboratuvar hizmetleri tedavi teminatı bulunmamaktadır.

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her türlü laboratuvar hizmeti giderleri bu teminattan karşılanır.

3.15.5. Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlıkım Platin, Süper Sağlıkım Altın, Sağlıkım Platin Ekstra, Sağlıkım Altın, Eko Sağlıkım Platin, Eko Sağlıkım Altın ve Sağlıkım Kristal Ekstra ürünlerinde bulunmaktadır. Sağlıkım Kristal Modern Tanı, Eko Sağlıkım Kristal Modern Tanı ürünlerinde görüntüleme ve tanı yöntemleri teminatı bulunmamaktadır.

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her türlü röntgen (direkt ve kontrastlı), mamografi, artrografi, EKG, eforlu EKG (treadmill), Holter, EEG, EMG, görme alanı, radyolojik tetkikler, solunum fonksiyon testleri, ürodinamik tetkikler, uyku testi (CPAP kalibrasyonu hariç), iştme testi ile bu incelemelerin yapılabilmesi için kullanılan ilaç, anestezi ve yatak ücreti vb. masrafları bu teminat kapsamındadır.

Tıbbi gereçlerin (CPAP aleti vb.) kalibrasyonu için yapılan işlemler teminat kapsamı dışındadır.

3.15.6. İleri Tanı Yöntemleri

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlıkım Platin, Süper Sağlıkım Altın, Sağlıkım Platin Ekstra, Sağlıkım Altın, Eko Sağlıkım Platin, Eko Sağlıkım Altın, Sağlıkım Kristal Ekstra, Sağlıkım Kristal Modern Tanı, Eko Sağlıkım Kristal Modern Tanı ürünlerinde ileri tanı yöntemleri teminatı bulunmaktadır.

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her tür ileri tanı yöntemi; koroner anjiyografi hariç diğer anjiyografi uygulamaları (göz, beyin, böbrek anjiyosu vb.), biopsi alımı ve patolojik tetkik giderleri, Manyetik Rezonans (MR), Sintigrafi, Tomografi, Endoskopi, Ekokardiyografi, Doppler ve Ultrasonografi tetkikleri ve bu tetkikler sırasında gereken ilaç, kontrast madde ve anestezi vs. ücretleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

3.15.7. Fizik Tedavi

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlıkım Platin, Süper Sağlıkım Altın, Sağlıkım Platin Ekstra, Sağlıkım Altın, Eko Sağlıkım Platin, Eko Sağlıkım Altın ve Sağlıkım Kristal Ekstra ürünlerinde bulunmaktadır. Sağlıkım Kristal Modern Tanı, Eko Sağlıkım Kristal Modern Tanı ürünlerinde fizik tedavi teminatı bulunmamaktadır.

Doktor tarafından hastalıkların tedavisinde gerekli görülen, hastane ve fizik tedavi merkezlerinde yapılan fizik tedavi kapsamındaki tedavi giderleri bu teminattan karşılanır.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Fizik Tedavi işlemleri yataklı bir sağlık kurumunda, yatarak yapılmış olsa dahi Fizik Tedavi Teminatının yıllık limit, iştirak oranı ve yıllık seans sayısı ile sınırlı kalmak koşulu ile ödenir. Bu yatışlarda fizik tedavi ücreti dışında kalan giderler (oda, refakat, yemek, doktor takip ücreti vb.) karşılanmaz.

Yatış sonrası yapılan fizik tedavi işlemleri ilgili teminattan değerlendirilir. Yapılan fizik tedavilerde, faturada bulunan fizik tedavi ücreti dışında kalan giderler (oda, refakat, yemek, doktor takip ücreti vb.) karşılanmaz. Fizik tedavi giderleri yıllık 30 seans ile sınırlıdır.

3.15.8. Yurtdışı Ayakta Tedavi Teminatı

DİKKAT! Bu teminat sadece Süper Sağlığım Platin ve Süper Sağlığım Altın ürünlerinde bulunmaktadır.

Yurtdışı Ayakta tedavi; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur.

Yurtdışı Ayakta Tedavi giderleri, belirtilen teminat limit ve iştirak oranları dahilinde geçerlidir.

Satın almış olduğunuz ürüne ilişkin detaylı uygulama esasları poliçe ekinde teslim edilmiş olan özel uygulamalar ekinde mevcuttur.

3.16. Gebelik Takip Giderleri

DİKKAT! Bu teminatlar Süper Sağlığım Platin, Süper Sağlığım Altın, Sağlığım Platin Ekstra, Sağlığım Altın, Eko Sağlığım Platin ve Eko Sağlığım Altın ürünlerinde bulunmaktadır.

Gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında gerçekleşen gebelik ile ilgili tüm giderler; gebelik ile ilgili rutin tahliller, gebelik testleri, TORCH testleri, mutak kontroller, gebelik sırasında kullanılan ilaçlar (folik asit, vitamin, demir vb.), obstetrik ultrason, amniosentez, NST, Üçlü Tarama Testi, hiperemezis, preeklamsi, düşük, düşük tehdidi, tıbbi kürtaj, loğusalık ve emzirme ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.

Poliçe Teminatlarına giren tüm giderler 12 aylık bekleme süresine tabidir. Bu teminatların işlerlik kazanabilmesi için kesintisiz olarak Axa Sigorta A.Ş.'den iki yıl üst üste gebelik takip giderleri teminatı içeren bir sağlık ürününün satın alınmış olması gerekmektedir.

Gebelik takibi teminatına konu olan tüm giderler Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Kuruluş' ta gerçekleşmesine bakılmaksızın poliçe ve poliçeye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, uygulama ve iştirak oranı dahilinde karşılanır. Bu teminat yurtdışında da limit ve iştirak oranı dahilinde geçerlidir.

3.17. Doğum Teminatı

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlığım Platin, Süper Sağlığım Altın, Sağlığım Platin Ekstra, Sağlığım Altın, Eko Sağlığım Platin ve Eko Sağlığım Altın gibi Gebelik Takip Giderleri içeren ürünlerin poliçe yenilemelerinde, müşteri isteğine bağlı ek teminat olarak verilir. Başka bir şirketten Axa Sigorta'ya geçiş yapılan ilk yılda ve ilk defa sağlık sigortası satın alan bekleme süresine tabii kişilere bu teminat verilmemektedir. Satın alınması halinde teminatın geçerliliği yoktur ve teminat için alınan prim sigortalıya geri iade edilir.

Doğum eylemi (normal doğum veya sezaryen) ile ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir. Doğum öncesi giderler, doğum esnasında oluşabilecek anne ve bebeğe ait komplikasyonlar, ek müdahaleler, bebek masrafları, kuvöz veya benzeri durumlar için geçerli değildir.

Doğum teminatına konu olan tüm giderler Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Kuruluş' ta gerçekleşmesine bakılmaksızın poliçe ve poliçeye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, uygulama ve iştirak oranı dahilinde karşılanır. Bu teminatlar yurtdışında da limit ve iştirak oranı dahilinde geçerlidir.

Limitsiz doğum teminatını sunan Özel Anlaşmalı Kurumlardan birinin tercih edilmesi halinde doğum teminatı limitsiz olarak kullanılabilir. İlgili kurum listesi her ay güncellenmekte olup son durum web sayfamızdan (www.axasigorta.com.tr) kontrol edilmelidir. Bu listede değişiklik yapma hakkı Axa Sigorta A.Ş.'de saklıdır.

Limitsiz doğum teminatını sunan kurumlardaki harcamalar da teminatın içermediği ve yukarıda belirtilen, doğum öncesi giderler, doğum esnasında oluşabilecek anne ve bebeğe ait komplikasyonlar, ek müdahaleler, bebek masrafları, kuvöz veya benzeri durumlar için geçerli değildir.

Limitsiz doğum teminatının geçerli olduğu kurumlarda kurumun kadrolu hekimi haricinde dışarıdan hekim getirilemez.

Sigortalının hastane kadrosu dışında bir hekim seçmesi halinde sigortalıya kurum haricinden getirdiği doktor için ilave bir ücret ödenmez.

Bu ek teminat poliçe süresi sonuna kadar geçerlidir. İlgili poliçe döneminde kullanılmaması halinde sonraki poliçelerde geçerli değildir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

3.18. Yeni Doğan Bebek Teminatı

DİKKAT! Bu teminat Süper Sağlığım Platin, Süper Sağlığım Altın, Sağlığım Platin Ekstra, Sağlığım Altın, Eko Sağlığım Platin ve Eko Sağlığım Altın gibi Gebelik Takip Giderleri içeren ürünlerin poliçe yenilemelerinde, müşteri isteğine bağlı ek teminat olarak verilir. Başka bir şirketten Axa Sigorta'ya geçiş yapılan ilk yılda ve ilk defa sağlık sigortası satın alan bekleme süresine tabii kişilere bu teminat verilmemektedir. Satın alınması halinde teminatın geçerliliği yoktur ve teminat için alınan prim sigortaya geri iade edilir.

Doğum /Sezaryen Teminatını satın alınmış olması kaydı ile yeni doğan bebeklerin doğum sonrasında hastanede kaldıkları süre boyunca oluşan her türlü sağlık masrafları (teminat dışı kalan haller dışındaki hemşire takibi, doktor takibi, aşı, olası kuvöz masrafları ve gerek görülen laboratuvar testleri vs.) ayrıca hastaneden çıkmış olsa dahi yapılan kalça ultrasonu, işitme testi ve fenilketonüri testi masrafları Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Kuruluş' ta gerçekleşmesine bakılmaksızın poliçe ve poliçeye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, uygulama ve iştirak oranı dahilinde karşılanır. Bu teminatlar yurtdışında da limit ve iştirak oranı dahilinde geçerlidir.

3.19. Check-Up Teminatı

Süper Sağlığım Platin, Süper Sağlığım Altın ve Sağlığım Platin Ekstra ürünlerinde Beyaz Check-up Teminatı; Sağlığım Altın, Eko Sağlığım Platin ve Eko Sağlığım Altın ürünlerinde Mavi Check-up Teminatı bulunmaktadır.

18 yaş ve üzeri sigortalılar için geçerli olan Check-up teminatı check-up anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yılda bir kez % 100' lü olarak karşılanmaktadır.

Check-up setlerinin içerikleri aşağıda belirtilmiştir.

Beyaz check-up:

- Dr Muayene
- Tam İdrar Tetkiki
- Tam Kan Sayımı (12 parametre)
- Sedimentasyon
- Kolesterol Total
- Kolesterol HDL
- Kreatinin
- Açlık Kan Şekeri
- EKG ve raporu

Mavi check-up:

- Kolesterol Total
- Glukoz
- Kreatinin
- SGPT
- SGOT
- Sedimentasyon

4. BEKLEME SÜRELERİ

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 12 ay süre ile kapsam dışındadır.

- Poliçenin ilk yılında ortaya çıkmış polip, lipom, kist, nodül ve benzeri oluşumlar ile maling karakter içermeyen her türlü iyi huylu kitle,(lipom, nevüs (ben), siğil alımı vb..)
- Poliçenin ilk yılında ortaya çıkan her türlü kanser ve kalp hastalıkları (**Sadece 55 yaş ve üzerinde sigortalanan kişiler için geçerlidir**),
- Bademcik, geniz eti, kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi,
- Her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), hemoroit, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), fistül, fissür ve perianal abse ameliyatları,
- Kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, prostat hastalıkları,
- Organ yetmezlikleri,
- Romatizmal hastalıklar (Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit vb.),
- Safra kesesi hastalıkları, safra yolu ve üriner sistemin taşlı hastalıkları,
- Varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
- Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması),
- Her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri,
- Katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları,
- Uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim; uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar,
- Multiple Skleroz (MS) ve Lupus (SLE),
- Kist Hidatik,
- Kaza hariç organ nakilleri,
- Tuzak nöropatiler, halluks valgus, tetik parmak,
- İnvaziv teşhis yöntemleri (ERCP, Diagnostik Laporoskopi, Diagnostik artroskopi vb.),
- Yukarıda sayılan rahatsızlıkların komplikasyonlarına ilişkin yatarak tedavi giderleri,
- Gebelik Takip Giderleri kapsamına giren tüm giderler.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

5. TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sağlık Sigortası Genel Şartları' nın 2. ve 3. Maddesine ek olarak aşağıda yazılı haller ve komplikasyonları sigorta teminatı dışındadır.

- 1) Sigortalının sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları. (insizyonel herni, adezyolizis , nüksler, implantların çıkartılması vb.. giderleri)
- 2) ICD-10 (uluslararası hastalık sınıflandırma kodları) sınıflandırmasında Q-00 ve Q-99 arasında yer alan konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri baŐlıđı altında yer alan tüm hastalıklar konjenital (doğumsal) hastalık olarak nitelendirilir. Bu sınıflamaya giren tüm harcamalar kapsam dışıdır.
- 3) Tanısı ileri yaşta konulsa dahi dođuŐtan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), 7 yaŐına kadar ortaya çıkan kasık fıtıkları, 3 yaŐına kadar oluşan lakrimal kanal tıkanıklığı, prematüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs.), motor ve mental gelişim bozukluğu (büyüme ve gelişme geriliği/ileriliği, erken puberte, geç puberte vb.) ile ilgili rutin veya özelliikli her türlü tetkik ve tedavi gideri (Örn:genetik testler, her tür karyotip araŐtırması, hemoglobin elektroforezi, fenilketonüri testleri,7 yaŐına kadar olan tiroid testleri, yenidoğan metabolik tarama testleri,yeni doğan işitme testleri, el-bilek grafileri, kalça USG, inmemiŐ ve retraktıl testis, polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR tetkikleri vb.),
- 4) 25 yaşın altındaki sigortalılar için her türlü omurga Şekil bozukluğu tedavisi ile ilgili giderler,
- 5) Kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
- 6) Kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
- 7) Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalıŐmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri,
- 8) Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),
- 9) Kuduz, tetanos, grip aşısı, Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan 0-6 yaş çocuk aşıları, suçiçeği, hepatit-A ve rotavirus aşıları dışındaki tüm aŐılar,
- 10) Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.), 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,
- 11) Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düŐme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeŐit estetik ve plastik operasyonlar,
- 12) Cilt bakımı, cilt lekeleri, çatlaklar ile ilgili giderler; her türlü Őampuan ve saç losyonları; kozmetik sabun ve kremler; saç dökülmesine ve kepeklenmeye yönelik her türlü ilaç ve müdahale, solüsyon ve Őampuan; enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; Őeker stripleri ve Őeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.
- 13) Akne (sivilce) ve komedon ile ilgili her türlü giderler,
- 14) Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni dölleme, tüp bebek, düşük araŐtırması, embriyo redüksiyonu vb.) tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj, doğum kontrol yöntemleri ve bunlarla ilgili ilaç ve araçlar (doğum kontrol hapları, spiral ile ilgili her tür gider, tüplerin bağlanması, enjeksiyonlar, deri altı implantlar, kondom, spermisid kimyasallar vb.); tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis vb.), cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet deđiŐtirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri; genital herpes, genital ve anal papillamatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akküminata vb.), genital molluscum contagiosum tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyonları,
- 15) Varikozel tedavisi,
- 16) Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile horlama nedenli yapılan tüm ameliyat ve girişimler,
- 17) Yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),
- 18) Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiraları ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör ..vb.)

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel Şartların sigorta Şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- 19) Gebelik Takip Giderleri Teminatının ilk yılında bu teminat kapsamında yer alan tüm sağlık giderleri, ek teminat olarak poliçe dahil edilmemiş ise doğum ve yenidoğan bebek giderleri,
- 20) Gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları,
- 21) Konuşma ve ses terapisi, gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği ile ilgili giderler,
- 22) Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
- 23) Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları,
- 24) Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler,
- 25) Evde bakım teminatı kapsamı dışındaki özel hemşirelik hizmetlerine ait giderler,
- 26) Çocuk bakım ücretleri, çocuk mamaları, çocuk bezleri, biberon ve emzikler vb.,
- 27) Telefon, televizyon, kafeterya, idari hizmet ve paramedikal servis ücretleri gibi tedavi için gerekli olmayan sair masraflar,
- 28) Tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mezoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, şiroprakti, PRP (Platelet Rich Plasma) reiki, ayurveda vb.) kilo kontrol bozuklukları, masaj masrafları, her türlü hidroterapi, çamur banyoları masrafları, obezite ile ilgili her türlü gider, obezite tedavisi (xenical, reductil vb. ilaçlar), diyet amaçlı kullanılan tüm ilaç ve malzemeler ile asteni tedavisi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları, hekim/tıp doktoru olmayan kişilerin uyguladığı tedaviler,
- 29) Jimnastik salonları, alternatif tıp merkezleri, kaplıca, rehabilitasyon merkezleri, zayıflama merkezleri, ayak sağlığı merkezleri, anti aging ve well-being merkezleri, dermatoloji, estetik ve lazer merkezlerine ait her türlü muayene, tetkik, tedavi ve girişim giderleri ile bu amaçlarla yapılan her türlü muayene, (dermatoloji uzmanı da dahil olmak üzere) tetkik tedavi ve girişimler (Homosistein, DHEA, GH, yağ ve kas ölçüm bedelleri, vb.),
- 30) Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak ve desteklemek amacı ile kullanılan, ilaç niteliğinde olmayan destekleyici ürünler, vitamin ilaçlarının 30 adetten fazla tablet içeren formları, bitkisel ilaçlar, gıda takviyeleri ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ithal ilaçlar, Tarım Bakanlığı ruhsatı ile satılan ilaçlar, Food and Drug Administration (FDA) onayı almamış tüm ilaç niteliğindeki (maddeler, (Pharmaton, umca, immuneks, esbertox, sinüs rinçe, lid care, seven seans, minadex, vitağil, osteo bi flex,.. vb)
- 31) Deneysel ve araştırma niteliğindeki ,etkinliği kanıtlanmamış tıbbi girişim, uygulama ve tedaviler (her türlü gıda intolerans testi, imo pro 300,vega test, york.. vb..)
- 32) Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri.
- 33) Nikotin, alkol ve benzeri bağımlılık yapan maddelerden arındırma amaçlı her türlü tedavi, ilaç ve cihaz (nikotin flasterleri, nikotin içeren çiğneme tabletleri, antabus, zyban vb.) giderleri,
- 34) Karayolları Trafik Kanunu hükümlerinde bahsi geçen, gerekli sürücü belgesine sahip olmadan araç kullanımı esnasında oluşabilecek yaralanmalar ve konu ile ilgili her türlü ulaşım ve tedavi masrafları.
- 35) Her türlü psikiyatrik muayene ve tedavi gideri, psikosomatik hastalıklar, psikolog ve danışmanlık hizmetleri harcamaları; ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve/veya benzeri bakım evlerinde tedavi edilen her türlü hastalık ve geriatric hastalıklar,
- 36) Tehlikeli sporların (her tür amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşütçülük, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış, binicilik, vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri yıllık 5.000 TL ile sınırlı olmak kaydıyla karşılanır. Otomobil ve motosiklet yarışları dahil olmak üzere her türlü spor müsabakası sırasında sporculara ait sağlık masrafları, poliçe kapsamı dışındadır.
- 37) Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar,
- 38) Sigortalının, lisanslı bir ticari hava taşımacısı tarafından işletilen bir uçakta biletli yolcu olma dışında, havacılık faaliyetlerinde ya da uçuşta yer alması süresince meydana gelen yaralanmalar,
- 39) AXA ASSISTANCE dışındaki ambulans giderleri,

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

- 40) Poliçe ekinde bulunan sertifikada yazılı kişiye özel kapsam dışı hastalık ve rahatsızlıklara ilişkin tüm sağlık giderleri ile poliçe ve/veya ekindeki sertifikada belirtilmeyen teminatlara ilişkin sağlık giderleri,
- 41) Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler,
- 42) Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri ve doktor lisansına sahip olsa dahi aile bireyleri tarafından yapılan tedavi giderleri,
- 43) Anlaşmalı kurumlara ait faturalarda Axa Sigorta A.Ş. anlaşmalı fiyatları dışındaki işlem fiyatları,
- 44) Aksi belirtilmedikçe poliçede yer almayan rutin tetkik ve check-up giderleri,
- 45) Belirli bir rahatsızlık veya hastalık şüphesi olmaksızın yapılan kontrol amaçlı inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, Ca markerları vb), diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler,
- 46) Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinde yer almayan her türlü işlem, girişim ve tedavi yöntemi,
- 47) Robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
- 48) Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) kapsam dışıdır.
- 49) Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve TTB'de Elektron Beam Tomografi (EBT) adı altında geçen işlemler, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler,
- 50) Başka bir şirketten alınan transfer poliçelerde Gebelik Takip Giderleri ve Doğum Teminatı kapsamına giren tüm giderler ilk yıl kapsam dışıdır.

6. COĞRAFİ KAPSAM

Satın aldığınız ürüne göre teminatların coğrafi kapsamı değişiklik göstermektedir.

Süper Sağlığım Platin, Süper Sağlığım Altın, Sağlığım Platin Ekstra, Sağlığım Altın, Sağlığım Kristal Ekstra, Sağlığım Kristal ve Sağlığım Kristal Modern Tanı ürünleri poliçede yazılı olan limit, iştirak oranları ve poliçe şartları dahilinde yurt dışında da geçerlidir.

Eko Sağlığım Platin, Eko Sağlığım Altın, Eko Sağlığım Kristal ve Eko Sağlığım Kristal Modern Tanı ürünleri sadece Türkiye' de geçerlidir.

Satın almış olduğunuz ürüne ilişkin detaylı uygulama esasları poliçe ekinde teslim edilmiş olan özel uygulamalar ekinde mevcuttur.

7. TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

7.1. Yatarak Tedavi Teminat Uygulamaları

Yatarak Tedavi teminatı yurt içinde, AXA Sigorta A.Ş. Anlaşmalı sağlık kurumlarında hastanenin kadrolu doktorları tarafından yürütülen yatarak tedavi kapsamındaki tüm giderler (Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz, Küçük Müdahale) kapsam dahilindedir.

Yatarak Tedavi kapsamında yer alan Yatış Sonrası Fizik Tedavi (15 seans ile sınırlıdır), Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi, Kontrol Amaçlı PSA/Mamografi (yılda bir defa) teminatı kapsamındaki giderler sadece AXA Sigorta A.Ş. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşmesi halinde teminat kapsamındadır. Bu teminat tanımlarındaki giderlerin anlaşmasız kurumda gerçekleşmesi halinde ilgili harcamalar poliçe kapsamı dışındadır.

Doktor muayeneleri veya ameliyathane ruhsatı olmayan sağlık kurumlarında yapılan işlemler Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilmez.

Tetkik amaçlı hastane yatış masrafları Yatarak Tedavi Giderleri kapsamı dışındadır.

Süper ve Sağlığım ürün gruplarında;

Yukarıda belirtilen işlemlere ilişkin ameliyat, girişim, tetkik, tedavi, takip ve konsültasyonu anlaşmalı hastanenin kadrosu dışında bir doktorun gerçekleştirmesi halinde, doktor ücreti en fazla Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesinin iki katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Anlaşmasız bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Küçük Müdahale, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz teminatları kapsamındaki her türlü doktor ücretleri, ameliyat, işlem, girişim, tetkik, tedavi, takip ve konsültasyon ücretleri T.T.B.A.Ü.T. ile; hastane oda-yemek ve refakatçi giderleri günlük 50\$ ile; ameliyathane açılış ücretleri T.T.B.A.Ü.T.'deki ilgili ameliyatın operatör ücretlerinin % 30' u ile sınırlıdır.

Eko ürün gruplarında;

EKO SAĞLIĞIM Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen yatarak tedavi giderleri (Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz, Küçük Müdahale) için yıllık üst limit 10.000 TL ve sigortalı katılım oranı %40 tır. Hiç bir şekilde sigorta şirketinin ödeyeceği tutar yıllık 6.000 TL' yi geçemez.

EKO SAĞLIĞIM Anlaşmasız sağlık kurumu, doktor (Eko Anlaşmalı kuruma dışarıdan gelen doktorlar da dahil olmak üzere) anestezi ve asistan doktorlar ücretleri T.T.B.A.Ü.T. fiyatları üzerinden %40 sigortalı katılımı ile ödenir.

EKO SAĞLIĞIM Anlaşmasız kurumda yapılan; hastane oda-yemek ve refakatçi giderleri günlük 50\$ ile ameliyathane açılış ücretleri T.T.B.A.Ü.T 'deki ilgili ameliyatın operatör ücretlerinin % 30'u na göre hesaplanarak, %40 sigortalı katılımı ile ödenir.

Eko anlaşmalı kurumlar dışında gerçekleşen sağlık giderleri için provizyon verilmemektedir. Bu giderlere ilişkin tazminat talepleri için anlaşmasız kurum uygulamaları geçerlidir.

Satın almış olduğunuz ürüne ilişkin detaylı uygulama esasları poliçe ekinde teslim edilmiş olan özel uygulamalar ekinde mevcuttur.

7.2. Ayakta Tedavi Teminat Uygulamaları

Yurt içindeki anlaşmalı sağlık kurumlarında hastanenin kadrolu doktorları tarafından yürütülen ayakta tedavi giderleri, poliçede belirtilen yıllık üst limit ve katılım payı ile Ayakta Tedavi teminatından karşılanır.

Anlaşmasız bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen tüm ayakta tedavi giderlerine ait geri ödeme uygulamaları ürün bazında değişmekte olup, poliçe özel uygulamalar ekinde yer aldığı şekilde geçerli olacaktır.

7.3. Sigorta Süresinin Sona Ermesinden Sonraki Tedaviler

Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede yatarak yapılan tedavisinin devam ettiği durumlarda, bu tedaviler poliçe bitiş tarihinden itibaren 8 günü geçmemek kaydıyla Yatarak Tedavi Masrafları Teminatı kapsamındadır.

7.4. Anlaşmalı Kurum Uygulamaları

Tüm sigortalılara poliçeleri ile birlikte, poliçe düzenlenme tarihinde geçerli olan AXA SİGORTA A.Ş. Anlaşmalı Sağlık Kurumu Listesi ve sigortalı tanıtım kartı verilir.

Anlaşmalı Kurum Listesinde yer alan bir sağlık kurumuna başvurulması halinde sağlık tanıtım kartı ve resmi kimlik belgesinin ibrazı ile poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Axa Sigorta Özel Şartları, teminat limitleri ve iştirak oranları dahilinde sağlık hizmeti alınabilir. Sigortalılar poliçe teminat limiti ve kapsamı dışındaki giderler ile iştirak oranı ve teminat limitini aşan giderleri karşılamakla yükümlüdürler.

Tüm devlet hastaneleri ve tıp fakültelerinin araştırma hastaneleri anlaşmalı sağlık kuruluşu olarak kabul edilir. Bu kurumlara ait fatura dışındaki sayman mutemetliklerine ait makbuzlar ve kredi kartı alındıları fatura olarak değerlendirilir.

Sigortalılara poliçeleri ile birlikte verilen Anlaşmalı Kurum Listesi zaman zaman sağlık kurumu sözleşmelerinin sona ermesi veya yeni sözleşmeler yapılması nedeniyle değişikliğe uğrayabilir. AXA SİGORTA A.Ş.'nin bu listede değişiklik yapma hakkı saklıdır. Sigortalılar, güncel listeyi satış kanalından temin edebilecekleri gibi www.axasigorta.com.tr adresinden de takip edebilirler.

Sağlık kurumlarının AXA SİGORTA A.Ş. ile anlaşmalarının sona ermesi halinde AXA SİGORTA A.Ş. tarafından sağlık kurumuna herhangi bir doğrudan ödeme yapılmamaktadır.

Anlaşmalı bir kuruluşta gerçekleşen sağlık giderlerinin sigortalı tarafından ödenmesi durumunda Madde 8.5' te belirtilen belgeler ile birlikte daha sonra AXA SİGORTA A.Ş.' den tazminat talebinde bulunulur.

DİKKAT: EKO ürün grupları farklı bir Anlaşmalı Kurum ağına sahiptir. Satın almış olduğunuz ürün Eko grubunda ise lütfen poliçenize ilişkin özel uygulamaları dikkatle okuyunuz. Tedavi olacağınız kurumu seçmeden önce kurumun Eko Anlaşmalı Kurum ağına dahil olup olmadığını kontrol ediniz.

7.5. Anlaşmasız Kurum Uygulamaları

Anlaşmasız bir kuruluşta gerçekleşen sağlık giderleri için satın alınan ürünün limit, iştirak oranı ve poliçe özel şartlarında belirtilen Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi oranları dahilinde ödeme yapılır.

Bu kuruluşlarda gerçekleşen sağlık giderlerinin sigortalı tarafından ödenmesi durumunda Madde 8.5' te belirtilen belgeler ile birlikte daha sonra AXA SİGORTA A.Ş.' den tazminat talebinde bulunulur.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Satın almış olduğunuz ürüne ilişkin detaylı uygulama esasları poliçe ekinde teslim edilmiş olan özel uygulamalar ekinde mevcuttur.

8. TAZMİNAT ÖDEMELERİ

8.1. Tazminat Ödeme Şekli

Tazminat ödemeleri, sigortalının bildirdiği banka hesabına havale/EFT şeklinde yapılır. Ferdi Sağlık Başvuru formunda IBAN numarası belirtilmesi zorunludur. Kredi kartlarına tazminat ödemesi yapılmamaktadır.

8.2. Geri Ödeme Süresi

Sigorta şirketinin talep edeceği tüm evrakların şirkete ulaşmasından itibaren en geç 20 gün içinde sigortalıya ödeme yapılır.

8.3. Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi

Poliçe kapsamındaki bir riskin gerçekleşmesi ve sigortalıya (hak sahibine) tazminat ödemesi yapılmasından sonra, "halefiyet ilkesi" gereği AXA SİGORTA A.Ş. ilgili mevzuat uyarınca sigortalı yerine geçerek zarara neden olan kişi veya kurumdan zararın tazminini talep etme hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılabilmesi için sigortalı, AXA SİGORTA A.Ş.' ye her türlü bilgi, belge ve yardımı sağlamakla yükümlüdür.

8.4. Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, Hazine Müsteşarlığı ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgilerin resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

8.5. Tazminat Talebinde Sigorta Şirketi Tarafından İstenen Belgeler

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmasız kurumlara ve anlaşmasız doktorlara ait fatura ödemeleri sigortalı tarafından yapılmaktadır. Sigortalı ödemesini yaptığı faturaları ekteki belgeler ile Sigorta Şirketinden talep edebilir. (Madde 8.5.1; Madde 8.5.2; Madde 8.5.3; Madde 8.5.4)

Sigorta Şirketi, yapılan masraflara ilişkin olarak ek bilgi isteme hakkına sahip olup, gerektiğinde tazminat dosyasındaki bilgileri araştırmaya yetkilidir.

Sigortalı, trafik kazaları ve her türlü adli olayda adli merciler tarafından oluşturulan belgeleri (olay yeri tespit tutanağı, alkol raporu, adli tıp raporu, trafik kazası tespit tutanağı, savcılık kararı vb.) tazminat talebi ile birlikte sunmakla yükümlüdür.

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurum ve kadrolu doktorlarına ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirkettir. Ancak iştirak veya teminat limit aşımı söz konusu ise aradaki fark sigortalı tarafından ödenir.

8.5.1. Yatarak Tedavi Giderleri İçin

- Sağlık giderini belgeleyen dökümlü fatura asıllarına ilaveten;
- Sigortalının tedavisini/ameliyatını belgeleyen tıbbi rapor ve çıkış epikrizi,
- Tedavi süresince yapılan tetkiklerin sonuçları,
- Kaza halinde Trafik Kazası Tespit Tutanağı ve alkol raporu,
- Ameliyat halinde teknik ameliyat raporu,
- Parça alındıysa patoloji raporu,
- Kemoterapi ve Radyoterapi tedavileri için sigortalının doktoru tarafından düzenlenmiş, hastalığın başlangıç ve seyirinin özetlendiği ve yapılan tedavinin kür sayısını gösteren raporun gönderilmesi gerekir.

8.5.2. Ayakta Tedavi Giderleri İçin

- Tedaviyi yapan doktor tarafından tanzim edilen Tazminat Talep Formuna ilaveten;
- Sağlık giderini belgeleyen dökümlü fatura asılları,
- Yapılan tetkikler için doktorun yazdığı gerekçeli istem belgesi ve tetkiklerin sonuçları,
- Doktor muayene giderleri için, hastane / kliniğin isme yazılı resmi faturası veya muayene eden doktorun adı, soyadı ve branşı ile bağlı bulunduğu vergi dairesi ve hesap numarasını gösteren resmi serbest meslek makbuzu,
- Kredi kartı ile yapılan ödemelerde kredi kartı slip faturası,
- İlaç giderleri için kullanılan ilaçları belgeleyen isme yazılmış doktor reçetesi ve reçete arkasına isimleri gözükecek şekilde iliştirilen ilaç kupürleri,
- Fizik tedavi giderleri için tedavinin gerekli olduğunu gösteren ve seans sayısının belirtildiği doktor raporu,
- Doğum teminatı için doğum raporu, hastaneden alınan dökümlü ve isme yazılı fatura aslı aslının gönderilmesi gerekir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

8.5.3. Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi İçin

- Sağlık giderini belgeleyen dökümlü fatura asıllarına ilaveten;
- Doktor tarafından yapılan tedavinin ayrıntılı olarak belirtildiği ameliyat raporu ,diş krokisi ,tedavi öncesi ve sonrasına ait panoramik röntgeni
- Kazanın oluş şeklini, nedenini belirten yetkili makamlardan alınan kaza raporu ve/veya alkol raporunun gönderilmesi gerekir.

8.5.4 Yurtdışı Tedavilerde

Yatarak Tedavilerde;

- Yukarıda (8.5.1.) maddede belirtilen evrakların yeminli tercüman onaylı İngilizce ya da Türkçe nüshaları
- Sigortalının ülkeye giriş ve çıkış tarihlerini gösteren pasaport fotokopisinin gönderilmesi gerekir.

Ayakta Tedavilerde;

- Yukarıda (8.5.2.) maddede belirtilen evrakların yeminli tercüman onaylı İngilizce ya da Türkçe nüshaları

9. SİGORTANIN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GÜVENCESİ VERİLMESİ

9.1. Sigortanın Yenilenmesi

Yenileme döneminde poliçede mevcut her kişi için biten poliçedeki yatarak tedavi ve ayakta tedavi teminatına ait harcamalar ayrı ayrı değerlendirilir ve her bir sigortalıya ayrı hesaplanan yenileme primi uygulanır.

Sigortacı, yenilenen poliçeye kullanım fazlalığı veya hastalık riski nedeniyle ek prim, katılım protokolü uygulayabilir veya bazı hastalıkları poliçe kapsamı dışında bırakabilir.

Sigortacı, sigortalıdan sağlık bildirimini isteyebilir; sigorta özel şartları ve tarifesinde değişiklik yapabilir.

Sigortalıya ait özel istisnalar, poliçe yenilendiğinde Sigorta Şirketince hükümsüzlüğüne karar verilmedikçe yenilenen poliçelerde de aynı şekilde devam eder.

Poliçe yenilemesi sırasında ürün değişiklik talepleri sigortacı tarafından değerlendirilir. Ürün değişikliği sırasında sigortalıların sağlık durumuna göre ek prim istenebilir, riskleri kapsam dışı bırakılabilir veya ürün değişikliği için onay verilmeyebilir.

Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 60 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 60 gün içinde yenilenmemesi halinde yenilemeye ait kazanılmış haklar kaybedilir ve yeni poliçe ancak ilk defa sigortalanma esasına göre tanzim edilebilir.

9.2. Beyan Yükümlülüğü

Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının Ferdi Sağlık Başvuru Formunda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı Ferdi Sağlık Başvuru Formunda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkânlarla ilave olarak, sigorta ettiren ve/veya sigortalının Ferdi Sağlık Başvuru Formu beyanının gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış olduğunun tespit edilmesi veya varlığından haberdar olduğu halde beyan etmediği mevcut rahatsızlık/hastalıklarının olması veya poliçe teminatlarının sigortalı tarafından yarar sağlamak amacı ile kötü niyetle kullanılması halinde, Türk Ticaret Kanununun 1290. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi uyarınca poliçe sigortacı tarafından feshedilebilir veya bu rahatsızlık, hastalıklar teminat kapsamı dışında bırakılarak veya ek prim alınarak poliçe devam ettirilebilir.

Yenileme poliçelerin tanziminde Ferdi Sağlık Başvuru Formunun doldurulması talep edilmez.

Sigorta şirketi poliçe açılırken veya poliçe süresi içerisinde sigortalıya ait sağlık bilgilerini (poliçe öncesine ait olsa dahi) özel veya resmi sağlık kurumlarından, özel sigorta şirketlerinden veya Sigorta Bilgi Merkezi'nden isteme hakkına sahiptir.

9.3. Sigorta Teminat ve Priminde Değişiklik

Poliçe özel şartlarında, bekleme sürelerinde, teminat dışı kalan hallerde, teminatlarında, teminat limitlerinde ve primlerinde Sigorta Şirketi tarafından değişiklik yapılabilir. Bu değişiklikler her bir Sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur.

Devam eden poliçeler tanzim edildiği tarihteki şartları aynı şekilde muhafaza eder. Poliçe yılı içerisinde ürün değişikliği yapılamaz.

Poliçe yenilemesi sırasında ürün değişiklik talepleri sigortacı tarafından değerlendirilir. Ürün değişikliği sırasında sigortalıların sağlık durumuna göre ek prim istenebilir, mevcut hastalıkları kapsam dışı bırakılabilir veya ürün değişikliği için onay verilmeyebilir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

9.4. Yenileme Garantisi

AXA SİGORTA A.Ş. de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 59 yaşında olan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi için medikal olarak değerlendirilirler. Yapılan değerlendirme sonucu sağlık durumu uygun bulunan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanırlar. Yenileme Garantisi değerlendirmesi yapılırken sigortalıların geçmiş hasar prim oranlarına bakılmaz.

Doğum teminatını kullanmaya hak kazanan sigortalıların sağlık sorunu olmayan yeni doğan bebeklerinin poliçeye dahil edilmesi halinde poliçe kapsamına alınan bebek AXA SİGORTA A.Ş. bebeği olur ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır. AXA SİGORTA A.Ş. bebeklerine bekleme süreleri uygulanmaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özeldir, poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalıların poliçe dönemi içerisinde ortaya çıkan riskleri yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmaz, üst limit ve katılım protokolü uygulanmaz. Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalıların, beşinci yıldan sonra yeni teşhis edilen konjenital (doğumsal) hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dahilinde değerlendirilir. Bu uygulama teminat dışı kalan haller Madde 15' te yer alan "Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile horlama nedenli yapılan tüm ameliyat ve girişimleri kapsamaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalının biten poliçesinden farklı bir ürüne geçiş talebi olması halinde, bu talep sigortacı tarafından değerlendirilir. Sigortalının ürün değişiklik talebi sırasında 59 yaşından büyük olması veya medikal risk açısından uygun bulunmaması durumunda daha kapsamlı ürüne geçiş yapamaz. 59 yaşın altındaki sigortalılar için ürün değişikliği talebi sigortacı tarafından değerlendirilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalının son kullandığı ürün yenileme esnasında şirket tarafından yürürlükten kaldırılmış ise teminatları paralel olan başka bir ürün ile yenilemesi yapılır. Böyle bir durumda Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı saklı tutulur.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalının, başvuru sırasında vermiş olduğu sağlık beyanında poliçe primi ve/veya sigortaya ait ek şartlarını değiştirecek gerçeğe aykırılık saptanırsa, sigortacı vermiş olduğu yenileme garantisinden cayma hakkına sahiptir. Böyle bir durumda poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartlarının ilgili maddesi uyarınca iptal edilebilir, ek prim, gibi uygulamalar ile devam ettirilebilir veya ilgili hastalık kapsam dışı bırakılabilir.

10. PRİM TESPİTİ

10.1. Prim Tespitine İlişkin Kriterler

10.1.1. Ürün Tablo Fiyatı Nedir?

Satışta olan ürünlerin, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş ve cinsiyet için %25 peşin + 5 eşit taksit ödeme planı ve İstanbul iline göre sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prim bedelleridir.

10.1.2. Tablo Fiyatı Hangi Kriterlere Göre Değerlendirilmektedir?

Ürünlerimizin tablo fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi' ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, ameliyatlarda kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, teknolojiye yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri) , ürün kar zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün tablo fiyatları gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

10.2. Prime İlişkin Düzenlemeler

Kişilerin primleri, tablo fiyatı üzerine yapılan indirim ve ek primler ile belirlenir.

İlk defa sigortalanacak kişilerin prim tespitinde ürün tablo fiyatı kullanılır. Önceki dönemlerde şirketimizden sağlık poliçesi almış ancak daha sonra poliçesinin devam ettirmemiş kişilerin şirketimizden tekrar yeni iş olarak sağlık sigortası talep etmeleri durumunda önceki dönemlerdeki sağlık durumu, sağlık harcamaları gibi kriterlerin göz önüne alınması sonucu kişiye ait prim tablo priminden daha düşük veya daha yüksek çıkabilir.

Yenileme primlerinin tespitinde ilgili kişinin aynı yaş ve aynı cinsiyetteki sağlıklı bir bireye ait tablo fiyatı, aşağıda tablo fiyatını değiştiren durumlar olarak belirtilen kriterler göz önüne alınarak daha yüksek veya daha düşük olarak hesaplanır.

Tablo fiyatını arttıran/azaltan durumlar: İkamet edilen il, aile olmak, ek teminatlar (örneğin ferdî kaza), ödeme planı değişiklikleri, kişilere özel uygulanan hastalık ek primi, sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı, başka şirketten alınan poliçelere veya gruplara verilebilecek özel indirimler veya ek primler tablo fiyatının artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

Yenileme döneminde yenileme garantisi almış bir sigortalının primi, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalının tablo fiyatının en fazla iki katına kadar artabilir. Bu uygulama 70 yaşa kadar geçerlidir. 70 yaşından sonra ise yenileme garantisi var olan sigortalıların primi aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalının tablo fiyatının üç katına kadar artabilir.

Yenileme Garantisi olmayan kişilerin yenileme dönemlerindeki prim artışları için üst limit uygulanmamaktadır.

Ayakta Tedavi teminatı içeren ürünlerimizde kullanıma bağlı olarak tablo fiyatı üzerinden %30' a varan oranlarda indirim uygulanabilir. Sadece Yatarak Tedavi teminatı içeren ürünlerde kullanıma bağlı indirim yapılmamaktadır.

Sigortalıya verilmiş olan ürün ve fiyatlar %25 peşin + 5 eşit taksit olup, ödeme planının farklılık göstermesi durumunda geçerli olacak taksitlendirmeye bağlı indirim ve sürprim oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

TAKSİTLENDİRMEYE BAĞLI İNDİRİM/SÜRPRİM		
Peşinat	Taksit Sayısı	Oran
Tamamı peşin		-3,70%
25%	1	-2,50%
25%	2	-1,90%
25%	3	-1,30%
25%	4	-0,60%
25%	5	0,00%
25%	6	0,60%
25%	7	1,30%
25%	8	1,90%
8 eşit		1,90%

İlgili ödeme seçenekleri ve uygulanan indirim ve sürprim oranları Sigorta Şirketi tarafından değiştirilebilir.

11. YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

11.1. Yeni Giriş İşlemleri

Bu sigorta 17 yaşından büyük 60 yaşından küçük (maksimum 59 yaş) fertleri teminat altına alır.

15 günlükten büyük, 18 yaşından küçük çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanabilirler. Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları aynı poliçede teminata dahil edilebilirler.

Sigorta primi herkes için yaş ve cinsiyete bağlı olarak hesaplanır.

Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının Ferdi Sağlık Başvuru Formunda beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı Ferdi Sağlık Başvuru Formunda kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. AXA SIGORTA A.Ş. bu beyanı değerlendirmesi sonucunda Sigorta Ettiren/Sigortalıdan ek tetkik isteme, sigortalıyı poliçeye kabul etmeme, ek prim uygulama, belli riskler için teminat kısıtlaması yapma veya belirli hastalıklar için istisna koyma hakkına sahiptir. Sigorta teminatları, Türkiye Cumhuriyeti hudutları dahilinde ikamet edenleri kapsar.

Yeni doğan bebeklere, 40. gebelik haftasını doldurmaları ve doğumdan en az 15 gün geçmesi durumunda, Ferdi Sağlık Başvuru Formu doldurulması ve doğum raporunun gönderilmesi ile poliçe düzenlenebilir.

Başka bir sigorta şirketinde sağlık poliçesi sona eren sigortalılar, poliçe bitiş tarihinden itibaren en geç 60 gün içerisinde şirketimizden poliçe satın almaları durumunda transfer poliçe olarak değerlendirilirler. 60 gün içerisinde herhangi bir nedenle poliçeleşmeyen başvurular ise transfer poliçe olarak değerlendirilmez. Sigorta şirketinin uygun bulması durumunda bekleme süreleri uygulanarak yeni iş kabul esaslarına göre değerlendirilirler.

11.2. Sigorta Yılı İçinde Sigortaya Girişler

Sigorta başlangıç tarihinde eşi ve/veya çocuğunu sigorta teminat kapsamına alamayan sigortalı, aşağıda yazılı şartlar dahilinde sigorta süresi içerisinde eşini ve/veya çocuğunu poliçe kapsamına alabilir.

11.2.1. Evlilik

Sigortalının yıl içinde eşini poliçeye dahil etmek istemesi halinde; evlilik cüzdanı fotokopisi ve sigorta ettiren tarafından tanzim edilen Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile birlikte evlilik tarihini takip eden 90 gün içerisinde teminat kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir. Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde eş poliçeye ilave edilir.

11.2.2. Yeni Doğan Bebek

Sigortalı, doğum belgesi ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile birlikte bebek doğduktan 15 gün sonra doğumu takip eden 90 gün içinde bebeğinin poliçe kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir. Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

tarafının, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde bebek poliçeye ilave edilir. İlgili poliçedeki prim sadece sigortalı için geçerli olup prim ödemesi yapılmaksızın herhangi bir kişiye sağlık poliçesi açılmaz. Yeni doğan bebekler ile evlat edinilenler ancak ek prim ile poliçeye dahil edilebilir.

Eğer bebek başvuru tarihinde halen hastanede tedavi görmekte ise, poliçe kapsamına alınması için bebek taburcu olana kadar beklenir. Taburcu olan bebeğin tüm rapor ve sonuçları sigortacı tarafından incelendikten sonra teminat kapsamına alınıp alınmayacağına karar verilir.

Erken doğan bebekler hamileliğin başlangıcından itibaren 40'ıncı haftayı doldurduklarında mevcut sağlık durumlarını bildiren her türlü tıbbi evrak, boy ve kilo değerleri, takip eden doktor raporu ile değerlendirmeye alınırlar. Erken doğan bebekler sigorta kapsamına alınmaya karar verildiğinde, "Prematürelilik İle İlgili Giderler ve Tüm Sistemik Komplikasyonları kapsam dışı tutularak" poliçe tanzim edilir.

36 hafta ve altında doğan bebekler prematüre olarak değerlendirilir.

Sağlık durumları itibariyle sigortalanması uygun bulunmayan bebekler ileri tarihlerde sağlık durumlarındaki olumlu gelişmeler sonrası yeniden değerlendirilebilir.

11.2.3. Evlat Edinme

Sigortalı, gerekli resmi belgeler ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile evlat edinme tarihini takip eden 90 gün içinde evlatlık çocuğunun poliçe teminat kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir. Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde çocuk poliçeye ilave edilir. İlgili poliçedeki prim sadece sigortalı için geçerli olup prim ödemesi yapılmaksızın herhangi bir kişiye sağlık poliçesi açılmaz. Yeni doğan bebekler ile evlat edinilenler ancak ek prim ile poliçeye dahil edilebilir.

11.2.4. Sigortalı Eş ve/veya Çocuğunun Bir Başka Sigorta Şirketinde Sigortalı ya da Yurtdışında Olması

Sigortalı eş ve/veya çocuğunun vadesi sona eren poliçesi ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile diğer şirketteki poliçe bitiş tarihini takip eden 60 gün içinde başvuruda bulunabilir.

Yurt dışından dönüşü gerçekleşen eş ve/veya çocuğun poliçeye dahil edilebilmesi için dönüş tarihinden itibaren 60 gün içerisinde Ferdi Sağlık Başvuru Formu ve pasaport bilgileri (fotokopi) ile birlikte başvuruda bulunabilir.

Başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde eş ve/veya çocuk poliçeye ilave edilir.

11.2.5. Askerlik Dönüşü Sigortaya Yeniden Dahil Edilme

AXA SİGORTA A.Ş.' de en az 12 ay devam eden poliçesinin olması ve askerlik nedeni ile poliçesinin sona ermesi halinde sigortalı, askerlik terhis tarihinden itibaren 90 gün içinde Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile birlikte başvuruda bulunabilir.

Sigortalının sağlık durumunda değişiklik olmaması halinde eski poliçesine ait geçmiş yıllardan gelen hakları saklı kalmak koşulu ile yeni poliçesi tanzim edilir.

12. GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Bir başka sigorta şirketinde ferdi veya grup sağlık poliçesi olan kişilerin, AXA SİGORTA A.Ş.' den poliçe satın almak istemeleri halinde, haklarının devamı ve geçiş kabul edilebilmeleri için, sigortacı tarafından değerlendirilerek önceki poliçe bitiş tarihinden itibaren 60 gün içinde teminat altına alınmaları gerekmektedir. 60 günlük süreç içerisinde poliçe tanzimi yapılmaması halinde geçiş kabul edilmeyeceklerdir.

Diğer şirketteki poliçenin bitiş ya da iptal tarihi, şirketimizdeki poliçenin başlangıç tarihi olacaktır.

Gebelik Takip Giderleri kapsamına giren tüm giderler için 12 ay bekleme süresi uygulanacaktır.

Başka şirketten ferdi poliçeye geçmek isteyen sigortalıların toplam sigortalılık süresi 12 aydan az ise bekleme süreleri, toplam sigortalılık süresinin 12 ayı tamamladığı tarihte kaldırılır.

Başka şirketten transfer olarak alınacak sigortalılardan Ferdi Sağlık Başvuru Formu doldurmaları istenir. Sigortalı adaylarının halen var olan veya geçmişte maruz kaldıkları rahatsızlıkları sigortacı tarafından değerlendirilir.

60 yaş ve üzeri adayların transfer başvuruları kabul edilmez.

Sigortalının eski şirketinde biten grup/ferdi poliçesinin son yılına ait hasar prim oranına göre şirketimizden yenilenecek poliçesine hasarsızlık indirimi verilebilir. Bu indirimin verilebilmesi için sigortalının biten poliçesinin ayakta tedavi teminatı içermesi, 12 ayını doldurması ve şirketimizde tanzim edilecek poliçesinin ayakta tedavi teminatlı bir ürün olması gerekmektedir.

Başvuru esnasında başka sigorta şirketinden geçiş olduğunu beyan etmeyen sigortalılar, poliçe dönemi içerisinde transfer olduklarını beyan ederlerse transfer işlemleri gerçekleştirilmez ve transfer olarak kabul edilmez.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Diğer şirketten alınan transfer bilgilerine istinaden en az 3 yıl kesintisiz sağlık poliçesi olan ve daha önce Ömür Boyu Yenileme Garantisi almış sigortalılar, Ferdi Sağlık Başvuru Formları ile beraber Sigortacı tarafından medikal değerlendirmeye alınırlar. Medikal değerlendirme sonucunda uygun görülen kişiler Ömür Boyu Yenileme Garantisi' ne hak kazanırlar. 3 yaşından küçük ve eski şirketinde doğum tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan bebekler için 3 yıllık kesintisiz sigortalı olma şartı aranmaz.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde; sigortalıya tazminat ödemesi yapılmaz ve Sağlık Sigortası Genel Şartları madde 8 uyarınca poliçe iptal edilir.

Sigorta ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini sigortacıdan talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.

Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde;

- Sigortalıya tazminat ödenmemişse sigortacının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır. Sigortalının ödediği prim tutarı hak edilen primden fazla ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir.
- Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir.
- Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortacı, sigortalıya prim iadesi yapmaz.

Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

Sigortacı, sigortalı / sigorta ettirenin başvuru formunda mevcut bir rahatsızlığını beyan etmediğini tespit ettiği takdirde, tazminat talebini ret ederek Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6'ya istinaden poliçeyi iptal edebilir.

14. SİGORTA ETTİREN/ SİGORTALININ VEFATI

14.1. Sigorta Ettirenin Vefatı:

Sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır.

Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir, kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir. Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortacı, sigorta ettirenin kanuni varislerine prim iadesi yapmaz.

14.2. Sigortalı/Sigortalıların Vefatı:

Poliçede birden fazla sigortalı varsa sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden sigortalıya ait sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortacı, sigorta ettirene prim iadesi yapmaz. Sigorta ettirenin aksini bildirmemesi durumunda diğer sigortalılar için poliçe devam eder.

Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka bir sigortalı yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortacı, sigorta ettirene prim iadesi yapmaz.

15. RÜCU HAKKI

Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödeme yapması durumunda, bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Sigortacının herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez.

16. POLİÇE BİLGİLERİ DEĞİŞİKLİK TALEPLERİ

16.1. Ad-Soyad/Doğum Tarihi Değişikliği

Ad, soyad ve doğum tarihi değişiklikleri için; sigorta ettirenin dilekçe ekinde değişikliği belgeleyen evlilik cüzdanı, nüfus cüzdanı ve/veya mahkeme kararı örneği göndermesi gerekmektedir.

16.2. Tüzel Kişilik Unvan Bilgi Değişikliği

Sigorta ettirenin tüzel kişilik olması halinde, unvan bilgi değişikliğinin sigorta ettiren tarafından, dilekçe ekinde Ticaret Sicil Gazetesi ve vergi levhası örneği ile talep edilmesi gerekmektedir.

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

16.3. Adres Değişikliği

Sigorta ettiren ve/veya sigortalı adresinde değişiklik olduğunda, yeni adres bilgisinin belirtildiği dilekçe ile düzeltme talebinde bulunmalıdır.

16.4. Kredi Kart Değişikliği

Başvuru formunda bildirilen kredi kartında değişiklik istendiğinde veya mevcut kartın geçerlilik tarihinde değişiklik olduğunda sigortacıya bilgi verilmelidir.

16.5. Sigorta Ettiren Değişikliği

Sigorta ettiren değişikliği talep edilmesi durumunda, poliçedeki mevcut sigorta ettiren ve yeni sigorta ettirenden alınan özel ya da tüzel kişi imzalı dilekçenin sigortacıya gönderilmesi gerekmektedir. Yeni sigorta ettirene ait ödeme aracı bilgileri dilekçede belirtilmelidir. Tüzel kişilikler için imza sirküleri gönderilmelidir.

16.6. Lehdar Değişikliği

Ferdi Kaza Teminatı için gösterilen lehdar/lehdarların yıl içerisinde değişikliğinin istenmesi durumunda sigorta ettiren, lehdar atayacağı özel ya da tüzel kişilerin (T.C. kimlik/V.K numaraları ile) hak edecekleri tazminat yüzde oranlarını belirterek dilekçe ile talepte bulunur.

17. VERGİ İNDİRİMİ

193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu' nun 1 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği sağlık sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları tanımlayan söz konusu maddeler, 10 Temmuz 2001 tarih ve 24458 numaralı Resmi Gazetede yayımlanan 4697 sayılı kanun ile değiştirilerek 7 Ekim 2001 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

Bordro ile ücret alan mükellefin ödeyeceği sağlık sigortası primi, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın %5' ini ve asgari ücretin aylık tutarını aşmamak şartıyla gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir. Gelir vergisi beyannamesine tabi mükellefin ödeyeceği sağlık sigortası primi (primin gelirin elde edildiği yılda ödenmiş olması ve ücret geliri elde edenlerin ücretlerinin safi tutarının hesaplanması sırasında ayrıca indirilmemiş bulunması şartıyla), beyan edilen yıllık gelirin %5' ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmayacak şekilde gelir vergisi matrahından indirilebilmektedir.

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için;

- 1) Bordro ile ücret alınması durumunda, çalışılan işyerinde muhasebe servisine sağlık sigortası makbuzunun verilmesi,
- 2) Serbest çalışılması durumunda ise sağlık sigortası makbuzundaki prim tutarının gelir vergisi beyannamesinde belirtilmesi gerekmektedir.

B. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Yürürlük Tarihi: 10 Ekim 1990

Teminat Kapsamı

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

Teminat Dışı Kalan Haller

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

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürüme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar,

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

h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

Madde 3 – Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.

b) 2 nci maddenin (g) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir .

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Madde 5- Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir.

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

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

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

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

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kastı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

Madde 7- Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür.

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

1- sözleşmeyi fesheder veya,

2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

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

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

Sigorta Priminin Ödenmesi, Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması ve Sigorta Ettirenin Temerrüdü

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

Madde 8- Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılı yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir.

Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 30 gün içinde dahi ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırıldığı hallerde, bu bir aylık sürenin ilk 15 gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak sigorta ettirene bildirilir. Sigorta ettiren kimse, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ya da yazılı olarak kendisine bildirilmiş olan prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden 15 gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur. Rizikonun gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren 15 gün içerisinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur.

Poliçenin ön yüzüne yazılması kaydıyla, rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir.

Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

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

- Sigorta ettiren/sigortalı 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 olarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

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

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

a) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

C) Gerekli belgelerin teslimi

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

Masrafların Tespiti

Madde 10- İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

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

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

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

Poliçe ekinde teslim aldığımız bu özel şartların sigorta şirketi tarafından yürürlüğe alındığı tarih 3 Eylül 2012 olup, satın almış olduğunuz poliçenin 12 aylık vadesi sonuna kadar geçerlidir.

incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tespit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

b) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-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.

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

d) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tespit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez.

İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

e) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tespiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

f) 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.

g) 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.

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

i) Masraf miktarının tespiti, 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.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediği tutar kadar sigortalının yerine geçer.

Müşterek Sigorta

Madde 12- Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13- Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalı hakkında öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

Tebliğ ve İhbarlar

Madde 14- Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

Yetkili Mahkeme

Madde 15- Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

Zaman Aşımı

Madde 16- Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

Özel Şartlar

Madde 17- Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

C. FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

SİGORTANIN MEVZUU VE ŞÜMULÜ

Madde 1- İşbu poliçe, aşağıdaki şartlar dairesinde, sigortalıyı sigorta müddeti içinde maruz kalacağı kazaların neticelerine karşı temin eder.

Madde 2- Bu poliçedeki Kaza tabirinden maksat ani ve harici bir hadisenin tesirile sigortalının iradesi dışında ölmesi veya cismani bir arızaya maruz kalmasıdır.

Madde 3- Aşağıdaki haller de kaza sayılır:

- Birdenbire ve beklenilmeyen bir şekilde intihar eden gazların teneffüsünden.
- Yanıklardan ve ani bir hareket neticesinde adale ve sinirlerin incinmesi, burkulması ve kopmasından.
- Yılan veya haşarat sokması neticesinde husule gelen zehirlenmeler.
- Isırılma neticesinde meydana gelen kuduzdan mütevellit vefat hali veya cismani arızalar.

Madde 4 -Aşağıdaki haller kaza sayılmaz:

- Her nevi hastalıklarla bunların neticelerinin ve marazi bir halin,
- Sigortanın şümulüne giren bir kaza neticesinde vukua gelmediği takdirde, sühnetin, donma, güneş çarpması ve konjestion gibi tesirlerinin,
- Herhangi akıl ve ruh haleti ile olursa olsun, intiharın veya intihara teşebbüsün,
- Aşkar sarhoşluğun, sigortanın şümulüne giren bir kazanın icap ettirmediği ahvalde uyuşturucu madde kullanmanın, ilaç ve zararlı madde almanın,
- Sigortanın şümulüne giren bir kazanın icap ettirmediği cerrahi; müdahalenin (ameliyatın) ve her türlü şua tatbikinin, tevliit ettiği vefat hali veya cismani arızalar.

Madde 5- Aşağıdaki haller sigortadan hariçtir:

- Harp veya harp mahiyetindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma veya bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Grevlere, lokavt edilmiş işçi hareketlerine, halk hareketlerine kavgalara iştirak,
- Cürüm ve cinayet işlemek veya bunlara teşebbüs,
- Tehlikede bulunan eşhas ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj.
- 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve buna bağlı sabotajlara katılmak. Suda boğulmalar, sigortanın şümulüne giren bir kaza neticesinde vuku bulmadığı takdirde sigortadan hariçtir.

Madde 6- Aksine mukavele yoksa, aşağıdaki haller de sigortadan hariçtir:

- Motosiklet ve takma motorlu bisiklet kullanmak ve bunlara binmek,
- Açık deniz balıkçılığı ile sürek ve sürgün avları, yaban domuzu vesaire vahşi hayvan avcılığı ve yüksek dağlarda avcılık,
- Dağlara ve cumudiyelere tırmanma sureti ile yapılan dağcılık, kar veya buz üzerinde yapılan bilumum sporlar (kayak, patinaj, hokey ve boksley gibi); cirit oyunu, manialı binicilik, polo, rugby, eskrim, halter, güreş, boks, basketbol, futbol ve yelken sporları ile ağır ve tehlikeli jimnastik hareketleri ve profesyonel spor hareketleri,
- Her nevi spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları,
- Havada yolcu sıfatından gayri bir sıfatla uçuş,
- Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- 5 inci maddenin (e) bendinde belirtilen zararlar ve aynı maddenin (g) bendinde belirtilen terör ve sabotaj eylemlerine katılma hali hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

SİGORTANIN MÜLKİ HUDUDU

Madde 7- İşbu sigorta teminatı Türkiye Hudutları dışında da caridir.

TEMİNAT NEV'İLERİ

Madde 8-Verilen ve verilmeyen teminatların poliçenin ön yüzünde belirtilmesi kaydıyla, aşağıda belirtilen vefat ve daimi maluliyet teminatlarına ilave olarak, gündelik tazminat ve tedavi masrafları teminatlarının biri veya her ikisi verilebilir.

A) Vefat Teminatı

İşbu poliçe ile temin edilen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren bir sene zarfında vefatına sebebiyet verdiği takdirde, sigorta bedeli poliçede gösterilen menfaatlara, yoksa kanuni hak sahiplerine ödenir.

B) Daimi Maluliyet Teminatı

İşbu poliçe ile temin edilen bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren iki sene zarfında daimi surette maluliyetine sebebiyet verdiği takdirde tıbbi tedavinin sona ermesini ve daimi maluliyetin kat'i surette tespitini müteakip, daimi maluliyet sigorta bedeli aşağıda münderiç nispetler dahilinde kendisine ödenir.

Sigorta Bedelinin (%)

İki gözün tamamen kaybı 100

İki kolun veya iki elin tamamen kaybı 100
İki bacağıın veya iki ayağın tamamen kaybı 100
Bir kol veya bir el ile beraber bir bacağıın
veya bir ayağın tamamen kaybı 100
Umumi felç 100
Şifa bulmaz akıl hastalığı 100

Sağ - Sol(%)

Kolun veya elin tamamen kaybı 60 50
Omuz hareketinin tamamen kaybı 25 20
Dirsek hareketinin tamamen kaybı 20 15
Bilek hareketinin tamamen kaybı 20 15
Baş parmak ile şehadet parmağının tamamen kaybı 30 25
Baş parmak ile beraber şehadet parmağından gayri bir parmağın tamamen kaybı 25 20
Şehadet parmağı ile beraber baş parmaktan gayri bir parmağın tamamen kaybı 20 15
Baş ve şehadet parmaklarından gayri üç parmağın tamamen kaybı 25 20
Yalnız baş parmağın tamamen kaybı 20 15
Yalnız şehadet parmağının tamamen kaybı 15 10
Yalnız orta parmağın tamamen kaybı 10 8
Yalnız yüzük parmağının tamamen kaybı 8 7
Yalnız küçük parmağın tamamen kaybı 7 6
Bir bacağıın dizden yukarisından tamamen kaybı 50
Bir bacağıın dizden aşağısından tamamen kaybı 40
Bir ayağın tamamen kaybı 40
Bir ayağın bütün parmaklar dahil kısmen kesilmesi 30
Bir kalçanın hareketinin tamamen kaybı 30
Bir dizin hareketinin tamamen kaybı 20
Bir ayak bileği hareketinin tamamen kaybı 15
Bir ayak baş parmağının tamamen kaybı 8
Kırılan bir bacağıın iyi kaynamaması 30
Kırılan bir ayağın iyi kaynamaması 20
Kırılan bir diz kapağının iyi kaynamaması 20
Bir bacağıın 5 santimetre veya daha fazla kısılması 15
Bir gözün tamamen kaybı veya iki gözün rüyet kudretinin yarı yarıya kaybı 25
Her iki kulağın tamamen sağırılığı 40
Bir kulağın tamamen sağırılığı 10
Kırılan alt çenenin iyi kaynamaması 25
Amudi fikarının bariz inhına ile müterafik hareketsizliği 30
Göğüs kafesinde devamlı şekil bozukluğu yapan kaburga kırıklığı 10
Yukarıdaki cetvelde zikredilmemiş bulunan maluliyetlerin nisbeti, daha az vahim olsalar bile, bunların ehemmiyet derecelerine göre ve cetvelde yazılı nisbetlere kıyasen tayin olunur.
Daimi maluliyet nisbetlerinin tayininde sigortalının meslek ve san'atı nazarı itibara alınmaz.
Bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tabiri, o uzvun veya uzuv kısmının kat'i ve mutlak surette vazife görememesini ve kullanılamamasını ifade eder.
Bir kazadan evvel esasen hiçbir surette vazife göremeyen ve kullanılamayan bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tazmin olunmaz.
Bu kazadan evvel kısmen malul bulunan bir uzvun veya bir uzuv kısmının maluliyet nispeti kaza sebebile arttığı takdirde tazminat, kazadan evvelki nisbet ile sonraki nisbet arasındaki farka göre hesaplanır.
Aynı kazadan dolayı muhtelif uzuvlarda veya uzuv kısımlarında meydana gelen maluliyetler için ayrı ayrı hesap edilecek tazminatın yekunu poliçede gösterilen meblağı geçemez.
Sigortalı solak olduğu takdirde, yukarıdaki cetvelde sağ ve sol el için tayin olunan nisbetler makûsen tatbik olunur.

C) Gündelik Tazminat

Sigortalı, kaza neticesinde muvakkaten çalışamayacak duruma düşerse, kendisine poliçede yazılı gündelik tazminat ödenir.
Sigortalı, kısmen çalışabilecek durumda bulunduğu veya bilahare kısmen çalışabilecek duruma geldiği takdirde, o tarihten itibaren gündelik tazminat yarıya indirilir.
İşbu tazminat tıbbi tedavinin başladığı günden, sigortalının iyileşerek çalışabilecek duruma geldiği güne kadar ödenir, Ancak bu müddet 200 günü geçemez.

D) Tedavi Masrafları Teminatı

Tedavi masraflarının da sigorta teminatına dahil olduğu poliçede ayrıca tasrih edilmiş olması şartile sigortacı, kaza gününden itibaren bir sene zarfında ihtiyar edilmiş doktor ücreti ile ilaç, radyografi, banyo, masaj, hastahane ve diğer tedavi masraflarını (nakil ücretleri hariç) poliçede bu teminat için tesbit olunan meblağa kadar öder.
Tabii veya sun'i sabit dışlara kaza neticesinde arız olan hasarların protez masrafları tedavi masrafları müemmen meblağının azami % 10'una kadar tazmin olunur.
Tedavi masrafları için, sigortalının çalıştığı müessese veya kanunen mecburi sigortalar tarafından vaki tediyeler sigortacının ödeyeceği tazminattan indirilir.
Tedavi masraflarının müteaddit sigortacılar tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar sigortacılar arasında, teminatları nisbetinde paylaşılır.
Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısı ile mes'ul üçüncü şahıslara karşı tediye ettiği meblağ kadar sigortalının yerine kaim olur.

TEMİNAT NEV'İLERİNİN İÇTİMAI

Madde 9- Bir kaza, vefat ve daimi maluliyet tazminatına aynı zamanda hak kazandırmaz. Ancak, daimi maluliyet tazminatı almış bulunan sigortalı, kazanın vukuu tarihinden itibaren bir sene zarfında ve bu kaza neticesinde vefat ettiği takdirde hak sahiplerine, "Sigortalıya ödenmiş bulunan daimi maluliyet tazminatı ile vefat tazminatı arasındaki fark ödenir. Gündelik tazminat ve tedavi masrafları vefat veya daimi maluliyet tazminatından indirilmez.

KAZANIN NETİCESİNİ AĞIRLAŞTIRAN HALLER

Madde 10- Bir kaza sonunda husule gelen neticeler, kazadan evvel mevcut olan veya sonradan meydana gelen ve her halde kaza ile ilgisi bulunmayan hastalık, bedeni teşekkülün bozukluğu veya sigortalının kusuru neticesinde tedavinin kifayetsiz, yanlış veya fena yapılmış olması sebebiyle vahamet kesbederse, ödenmesi icap eden tazminat miktarı husule gelmiş olan neticeye göre hesap edilmeyip, aynı kazanın tamamen sıhhatli bir kimsede tıbbi tedavinin tam ve fenni bir surette yapılmış olması şart ile tevhit edebileceği neticeye göre tayin edilir.

SİGORTA ETTİRENİN BEYAN MÜKELLEFİYETİ

Madde 11- İşbu Mukavele sigorta ettirenin beyanı esas tutularak akdedilmiştir.

Sigorta ettiren teklifname ve bunu tamamlayıcı vesikalarda kendisine sorulan suallere doğru cevap vermek ve sigortanın mevzuunu teşkil eden rizikonun takdirine müessir olabilecek hususattan kendisince bilinenleri de beyan etmekle mükelleftir. Sigorta ettiren, sigortanın daha ağır şartlarla temin edilmesini icap ettiren hallerde hakikate aykırı veya noksan beyanda bulunmuşsa:

- 1) Sigorta ettirenin kastı tahakkuk ederse, Sigorta Poliçesi hükümsüzdür.
- 2) Sigorta ettirenin kastı bulunmadığı hallerde sigortacı, rizikonun, ağırlığı ile mütenasip prim farkını almak suretile sigorta poliçesini yürürlükte tutmak veya feshetmek şıklarından birini seçer. Feshi şıkkını seçtiği takdirde keyfiyeti, ittıla tarihinden itibaren bir ay içinde sigortalıya ihbar eder. Fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren 15 gün sonra öğleyin saat 12.00'de sigorta sona erer ve işlemeyen sigorta müddetine ait prim iade olunur. Müddetinde kullanılmayan fesih hakkı düşer. Hakikate aykırı veya noksan beyan halleri hasarı vukuundan sonra öğrenilirse, sigorta ettirenin kastı bulunan hallerde tazminat ödenmez, kastı bulunmayan hallerde, tahakkuk ettirilen primle, tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki nisbet dairesinde tazminattan indirme yapılır.

RİZİKONUN DEĞİŞMESİ

Madde 12- Sigorta ettiren, teklifnamede beyan veya poliçenin hususi şartları içine dercedilmiş bulunan hususlarda sigorta müddeti içinde vuku bulacak bilcümle değişiklikleri -bilhassa meslek ve meşguliyet tebeddülü, körlük ve sağırılık halleri, sar'a, kısmi veya tam felç, verem, akıl ve sinir hastalıkları gibi- sigortacıya yazılı olarak derhal ihbarla mükelleftir.

Değişiklikler rizikoyu ağırlaştırıcı mahiyette olup da sigortacıya en geç sekiz gün içinde bildirilmiş ise, sigortacı:

- a) ya munzam bir prim almak sureti ile sigortanın devamını kabul eder,
- b) veya keyfiyetten haberdar olduğu tarihten itibaren 8 gün içinde mukaveleyi fesheder.

Bu takdirde sigorta, feshin yazılı olarak ihbarı ile sona erer ve işlemeyecek günlere ait prim, gün esasına göre iade olunur. Fesih hakkının müddetinde kullanılmaması halinde sigortanın hükmü devam eder.

Sigorta ettiren değişiklik keyfiyetini sigortacıya ihbar etmediği halde dahi sigortacı, vaki değişikliği öğrendikten sonra 8 gün içinde mukaveleyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigortanın hükmünün devamına razı olduğunu gösterir bir harekette bulunursa fesih hakkı düşer.

Munzam primin ödenmesinde uyuşulamazsa, fesih hakkını sigortalı da kullanabilir Bu takdirde mukavele feshin ihbarı ile hükümden düşer ve işlemeyecek günlere ait prim, kısa müddetli sigorta esasına göre, iade edilir.

Değişiklikler rizikoyu hafifletici mahiyette olur ve primin indirilmesini icap ettirir ise değişikliğin ihbarı tarihinden itibaren prim farkı kısa müddetli sigorta esasına göre iade edilir.

Bu madde mevzuu ihbar mükellefiyeti yerine getirilmediği ve değişiklik rizikoyu ağırlaştırıcı mahiyette olduğu takdirde sigortacı, rizikonun tahakkuku halinde mes'ul olmaz. Meğer ki, tehlike ağırlaşması ile tahakkuk eden riziko arasında bir illiyet rabitası bulunmaya.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTA ETTİRENİN VECİBELERİ

Madde 13-

A) Rizikonun Gerçekleştiğinin İhbarı

Sigorta ettiren veya hak sahipleri rizikonun gerçekleştiğini öğrendikleri tarihten itibaren beş gün içinde keyfiyeti sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

Sigorta ettiren veya hak sahipleri mezkur ihbarda kazanın yerini, tarihini ve sebeplerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan doktordan kazanın tevhit ettiği durum ile bunun muhtemel neticelerini mübeyyin bir rapor istihsal ederek sigortacıya göndermekle mükelleftir.

B) Tedaviye Başlama ve Lüzumlu Tedbirleri Alma

Kazayı müteakip derhal bir doktor çağrılarak gereken tedaviye başlanması ve kazazedenin iyileşmesi için icap eden bilcümle tedbirlerin alınması meşruttur.

Sigortacı her zaman kazazedeyi muayene ve sıhhi durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına müsaade edilmesi mecburidir.

Kazazedenin tedavisi ve iyileşmesi hakkında sigortacının tabii tarafından yapılacak tavsiyelere ve verilecek direktiflere riayet de şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında derpiş edilen vecibeler:

- a) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar zayı olur.
- b) Kusur neticesinde yerine getirilmediği ve bu sebeple kaza neticeleri ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan mes'ul olmaz.

C) Lüzumlu Vesaikin Tevdii

Sigorta ettiren veya hak sahipleri, kaza neticeleri ve tediyesi gereken meblağın tesbiti ile ilgili olarak sigortacının isteyeceği lüzumlu vesai ki tevdi etmekle mükelleftir.

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİNİ MÜTEAKİP MUKAVELENİN DURUMU

Madde 14- Sigortacı veya sigorta ettiren tazminat tediyesini gerektiren bir kazayı müteakip sigorta mukavelesini işlememiş günler için, fesih hakkını haizdir. Fesih hakkı tazminatın tediyeye edildiği günden sonra kullanılamaz. Mukaveleyi sigortacı feshettiği takdirde sigorta, fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren onbeş gün sonra öğleyin saat 12.00'de sona erer ve işlememiş günlerin primleri, gün esasına göre, sigorta ettirene iade olunur. Mukaveleyi sigorta ettiren feshettiği takdirde, sigorta feshin ihbarile hükümden düşer ve işlememiş günlere ait primler iade olunmaz.

TAZMİNATIN TESBİT ŞEKLİ

Madde 15 –

- 1) Bu poliçe gereğince ödenecek tazminatın miktarı evvelemerde taraflar arasında uyuşularak tesbit olunur.
- 2) Taraflar uyuşamadıkları takdirde tazminat miktarı gerek vefat, daimi maluliyet ve çalışmaktan muvakkaten mahrumiyet hallerinin sebepleri, gerekse maluliyetin derecesi ve gündelik tazminat veya tedavi masrafları gibi tazminat miktarının tesbitine müessir maddi unsurlar göz önünde bulundurulmak suretile hakem bilirkişi marifetile tesbit edilir.
 - a) Taraflardan her biri kendi hakem bilirkişisini tayin ve irac ve bu iki hakem bilirkişi tesbit muamelesine başlamadan evvel, uyuşamadıkları hususlar hakkında kat'i kararlar ittihazı için ve salahiyeti buna münhasır olmak üzere tayinlerinden en geç yedi gün içinde üçüncü bir hakem bilirkişi seçerler.
 - b) Taraflardan biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içinde hakem bilirkişi tayin etmezse, yahut tarafların hakem bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişinin intihabı hususunda 7 gün zarfında ittifak edemezlerse ikinci tarafın hakem bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi ilk müracaatta bulunan tarafın talebi üzerine, 19'ncü madde gereğince salahiyetli mahkeme tarafından tayin edilir.
 - c) Sigortalı hakem bilirkişisini tayinden sonra vefat ettiği takdirde dahi hakem bilirkişi vazifesinin intacına kadar salahiyetli kalır.
 - d) Hakem bilirkişilerden birinin vefatı, istifası veya reddi halinde yenisini tayin salahiyeti, hakem bilirkişisi vefat veya istifa etmiş veya reddedilmiş olan tarafa aittir. Üçüncü hakem bilirkişinin vefatı, istifası veya reddi halinde de yenisinin intihabı salahiyeti evvelemerde taraf hakem bilirkişilerine aittir. Bu salahiyetler (a) ve (b) bentleri hükümleri dairesinde kuşlanılır.
 - e) Taraflar uyuştukları takdirde tespit muamelesini tek hakem bilirkişiye dahi yaptırabilirler.
 - f) Taraflardan her biri kendi hakem bilirkişisinin ücret ve masraflarını öder, üçüncü hakem bilirkişinin veya tek hakem bilirkişinin ücret ve masrafları taraflar arasında yarı yarıya taksim olunur.
 - g) Hakem bilirkişi heyeti veya tek hakem bilirkişi tetkikatını icrada Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununun hükümleri ile bağlı olmayıp mutlak surette serbesttir.
 - h) Hakem bilirkişi kararlarına ancak Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunundaki hakem kararlarına ait itiraz sebeplerine istinaden veya kararın aşikâr bir surette fenne veya hüsnüniyet kaidelerine aykırı olması halinde kararın tebliği tarihinden itibaren 15 gün içerisinde salahiyetli Asliye Mahkemesinde itiraz olunabilir.
- 3) Hakem bilirkişi heyetinin veya tek hakem bilirkişinin vereceği karar taraflar için kat'î ve nihai mahiyeti haizdir.
- 4) Tazminat miktarı taraflar arasında uyuşularak veya hakem bilirkişiler tarafından tespit edilmedikçe tazminatın ödenmesi için sigortacıdan bir guna mütalebatta bulunulamaz.

SİGORTA ÜCRETİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ MES'ULİYETİNİN BAŞLAMASI

Madde 16- Aksine mukavele yoksa sigorta ücretinin tamamı, taksitle tediyesi kararlaştırılmışsa ilk taksiti, akit yapılı yapılmaz ve poliçenin teslimi karşılığında ödenir. Sigortacının mesuliyeti, hilafına mukavele yoksa sigorta ücretinin tamamının veya ilk taksitinin ödendiği tarihten itibaren başlar.

Sigorta ücretinin veya herhangi bir taksitin vadesinde ödenmemesi halinde sigortacı, sigorta ettirenin kendisine bildirilmiş olan son ikametgâh adresine taahhütlü bir mektup göndererek bir ay içinde ücret veya taksitin ödenmesini, aksi takdirde sigortanın feshedilmiş olacağını ihtar eder. Bu müddetin hitamında ücret veya taksit tediyeye edilmemişse, poliçe münfesiş olur. Bu takdirde sigorta ettiren poliçenin münfesiş olduğu güne kadar geçen müddete ait ücret ile masrafları sigortacıya ödemeye mecburdur.

İDARE MASRAFI İLE VERGİ, RESİM VE HARÇLAR

Madde 17- Sigorta primlerine, sigorta bedeline ve poliçeye müteallik olarak halen mevcut veya ileride vaz olunacak vergi, resim ve harçlarla poliçede gösterilen idare masrafı sigorta ettirene aittir.

İKAMETGÂH

Madde 18- Sigortanın akdinde sigorta ettiren tarafından beyan edilen ikametgâh adresi poliçeye dercedilir. Sigorta ettiren ikametgâhını değiştirdiği takdirde bunu derhal taahhütlü mektupla sigortacıya bildirmeye mecburdur. Aksi takdirde sigortacı tarafından yapılacak tebligatın sigorta ettirene ulaşmamış olmasından doğacak bütün neticelerden sigorta ettiren mesuldür.

SALAHİYETLİ MAHKEME

Madde 19 -Salahiyetli mahkeme, davanın sigorta ettiren tarafından ikamesi halinde sigortacının merkezine veya poliçeyi tanzim eden acentenin, sigortacı tarafından ikame edilmesi halinde ise sigorta ettirenin 18'nci maddede zikri geçen ikametgâhının bulunduğu mahal mahkemesidir.

MÜRÜRÜ ZAMAN

Madde 20- Sigorta mukavelesinden doğan bütün mutalebeler iki yılda müruru zamana uğrar.



GENEL MÜDÜRLÜK

Meclis-i Mebusan Caddesi No: 15 Salıpazarı 24433 İstanbul/TÜRKİYE

Tel: 0 212 334 24 24 Faks: 0 212 252 15 15

www.axasigorta.com.tr iletisim@axasigorta.com.tr

AXA SİGORTA Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri

0 850 250 99 99