

A. SAĞLIĞIM TAMAM ‘YATARAK TEDAVİ’ SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1.SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini sadece AXA Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

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

Sigorta poliçesinin kapsamı ancak SGK tarafından kapsam altına alınmış kişiler için geçerli olup, aksi durumda kişilerin poliçe kapsamına alınması söz konusu değildir. SGK müstahaklığını kaybeden sigortalılar AXA Sigorta A.Ş. Sağlıkım Tamam Sigorta poliçesini devam ettirebilir ancak poliçe teminatlarından faydalanamaz. SGK müstahaklığının yeniden başlaması durumunda poliçe teminatları da yeniden işlerlik kazanır.

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı ile tahsil edilir. Peşin ve taksitli poliçelerde peşinat ödemesi havale ile yapılabilir. Müteakip (takip eden vadeler) ödemeler için havale kabul edilmez. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Peşin ödemelerde sigorta şirketinin belirleyeceği peşin ödeme indirimi uygulanır.

AXA Sigorta A.Ş poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortalının poliçe satın alması ile kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme hakkı Axa Sigorta A.Ş ye izin vermiş olur. Axa Sigorta 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.

1. Trafik Kazası
2. Suda boğulma
3. Darp ve benzeri genel vücut travması (yüksekten düşme, uzuv kopmaları, tüm kırıklar ve çıkıklar, darbe sonucu sinir kopmaları ya da kesilmesi, akut masif kanamalar vb.),
4. Kurşunlanma, bıçaklanma (cürüm ve cürüme teşebbüs hali istisnadır)
5. Tahriş edici madde yanıkları
6. Solunum yolu zehirlenimleri (intihar girişimi kapsam dışıdır)

AXA SİGORTA A.Ş.

Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 İstanbul Türkiye Tel:0212 334 24 24 www.axasigorta.com.tr

iletisim@axasigorta.com.tr

Ticaret Sicil No: 98645 Büyük Mükellefler V.D. 649 00 399 46 Mersis No: 0649003994600011

7. Hayvan ısırması veya böcek sokması sonucu oluşabilen anjiödem ve her türlü anaflatik şok tablosu
8. 3 üncü derece yanıklar
9. İlaç, gıda ve kimyasal madde zehirlenmeleri (intihar teşebbüsü hariç)
10. Akut Miyokart Enfarktüsü ile ilgili tüm medikal tedaviler. Her türlü cerrahi işlem (stent takılması, ptca, bypass) teminat dışındadır.
11. Solunum sistemine yabancı cisim kaçması
12. Akut Apendisit
13. Poliçe öncesinde tanı konmuş herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın ani oluşan felçler (yüz felci kapsam dışıdır)
14. Mide delinmesi (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
15. Mide kanaması (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
16. Menenjit, ensefalit ve beyin absesi
17. Elektrik çarpması
18. Donma
19. Göz yaralanmaları
20. İleus (ani barsak tıkanıklığı)
21. Akut Pnömotoraks (akciğerin delinmesi kendiliğinden veya travma sonucu)
22. Akciğer embolisi
23. Beyin embolisi
24. Aort diseksiyonu
25. Ani işitme kaybı
26. Ani görme kaybı
27. Akut pankreatit (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)

Anlaşmalı Kuruluş:

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

Anlaşmasız Kuruluş:

AXA SİGORTA A.Ş. ile özel anlaşması bulunmayan www.axasigorta.com.tr adresli web sayfasında yer alan Anlaşmalı Kurum ağında ismi yer almayan sağlık kuruluşu ve özel doktor muayenehaneleridir

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri: Yurtiçinde 24 saat 365 gün boyunca acil yardım, ambulans hizmetlerinin Genel ve Özel Şartlar çerçevesinde karşılanmasını içerir

Bekleme Süresi:

Sigortalının yatarak tedavi sağlık giderlerinin ilgili teminat kapsamında değerlendirilmesi için sigorta başlangıç tarihinden itibaren geçmesi gereken süredir.

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.

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 aday 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 (Kapsam Dışı Haller): Sigorta Şirketi tarafından sigortalının belirli bir hastalığı için uygulanan ve Sigorta Şirketi tarafından ödenmeyen sigortalı tarafından ödenmesi gereken durumlardır.

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 komplikasyonlardır.

Poliçe:

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

Sağlık Kuruluşu: T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmeliklerine göre kurulmuş olan, hasta veya yaralıları 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

tazminattan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. Satın almış olduğunuz poliçe için sigorta şirketi/sigortacı AXA Sigorta 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.

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.

3. SİGORTANIN TEMİNATLARI

3.1.YATARAK TEDAVİ

Yatarak Tedavi teminatı cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale ,koroner anjiyografi giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

- Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,
- SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,
- SGK ile anlaşmalı olan hastane ile Axa Sigorta A.Ş. nin sigortalının tedavi göreceği branş /doktor adına Axa Sigorta Sağlıkım Tamam Sigorta anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın Axa Sigorta Sağlıkım Tamam Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Acil durumlar haricinde, yatarak tedavi teminatından yapılacak harcamalar için planlanan tedavi tarihinden en az 3 gün önce provizyon merkezimize başvuru yapılmalıdır.

3.2. Ambulans Hizmetleri

AXA SİGORTA A.Ş. den sağlık sigortası alan her Sigortalı Axa Sigorta Acil Yardım Hattı nın sağlık danışma ve acil ambulans hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaktadır.

Sigortalının hayatını tehdit eden acil durumda yerinde müdahale ve/veya en yakın uygun sağlık donanımına sahip kuruluşa; Sigortalının tedavisinin gerçekleştiği hastanede uygun ekipmanın olmaması durumunda bedensel zarar ve hastalığa özel daha uygun ekipmanlı bir hastaneye, gereken gözetim altında kara ambulansı ile naklini içeren bir teminattır.

AXA SİGORTA AMBULANS VE TIBBİ YARDIM HATTI : 0 850 250 99 99

3.3. Suni Uzuv Giderleri (Yıllık)

Sigortalının hastalık veya kaza sonucu uzuv kaybı olması halinde, kaybolan uzuva ait fonksiyonların yerine koyması için gereken suni uzuv giderleri bu teminat kapsamındadır. Elini kaybeden bir kimsenin ihtiyaç duyacağı takma el, göz kaybı nedeniyle gerekebilecek takma göz vb. giderler bu teminattan karşılanır. Kanser ameliyatı sonrasında olacak meme ve testis protezleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamındadır. Robotik uzuvlar kapsam dışındadır.

3.4. Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderleri (Yıllık)

AXA SİGORTA A.Ş.

Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 İstanbul Türkiye Tel:0212 334 24 24 www.axasigorta.com.tr

iletisim@axasigorta.com.tr

Ticaret Sicil No: 98645 Büyük Mükellefler V.D. 649 00 399 46 Mersis No: 0649003994600011

Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile gereken yardımcı tıbbi malzemeler; koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, ortopedik destekleyiciler, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyici giderler bu teminat kapsamındadır.

3.5. Evde Bakım Teminatı (Yıllık)

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 hekimin evde bakım gerekliliğini bildiren raporunun ibraz edilmesi ve evde bakım ile ilgili organizasyonun sigorta şirketi tarafından yapılması şarttır. Tedaviyi yürüten hekimin evde bakım gerekliliğini teyit eden raporunun olmaması veya evde bakım hizmetinin sigorta şirketi tarafından organize edilmemesi halinde oluşacak giderler bu teminat kapsamı dışındadır.

3.6. Diğer Teminatlar

Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım poliçe teminat kapsamı dışındadır.

3.7. Ameliyat Sonrası İleri Tanı Giderleri

Sigorta Şirketi tarafından ameliyat onayı verilmiş ve ameliyatın gerçekleştiği durumlarda ameliyat tarihinden önceki 60 gün ve ameliyat tarihinden sonraki 30 gün için de poliçe vadesinde oluşan doktor tarafından gerekli görülen ameliyat ile ilgili ileri tanı yöntemleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Koroner anjiyografi hariç diğer anjiyografi uygulamaları (göz, beyin, böbrek anjiyosu vb.), biyopsi 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 teminat kapsamındadır. Anlaşmalı ya da Anlaşmasız Kuruluş' ta gerçekleşmesine bakılmaksızın poliçe ve poliçeye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, uygulama ve iştirak oranı dahilinde karşılanır.

Teminata konu olan işlemler için provizyon verilmez; sigortalı fatura aslı ,doktor raporu ,doktor istem kağıdı ve tetkik sonuç raporu ile birlikte daha sonra AXA Sigorta A.Ş. 'den tazminat talebinde bulunur.

Tazminat ödemeleri, sigortalının bildirdiği banka hesabına havale/EFT şeklinde yapılır. Kredi kartlarına tazminat ödemesi yapılmamaktadır. Sigorta şirketinin talep edeceği tüm evrakların şirkete ulaşmasından itibaren en geç 15 gün içinde sigortalıya ödeme yapılır.

3.8. Yatarak Malzeme Teminatı (Yıllık)

Ameliyat sırasında kullanılan özellikli malzemeler olarak kabul edilen vücut içi iyileştirici nitelikte malzemeleri ilişkin sağlık giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.

4. SAĞLIK PAKETİ ASİSTANS HİZMETLERİ

AXA Sigorta, poliçe sahibi müşterilerine aşağıdaki açıklamaları verilen asistans hizmetlerini sağlamaktadır. Bu bir asistans hizmetidir.

Bu hizmetler genel nüfusu kapsayıcı nitelikte tasarlanmış paketlerdir. Gelişim çağındaki çocuklarda hangi işlemlerin tıbben uygulanabilir olduğu, hekimin onayına bağlıdır.

Bu hizmet, sadece AXA Partners 'ın anlaşmalı olduğu kurumlarda geçerli olup, elden ödeme uygulaması bulunmamaktadır. Anlaşmalı kurum bilgileri **0212 942 35 71** numaralı telefonu aradığınızda ve müşteri doğrulaması sonrası talebinize uygun olarak tarafınıza iletilecektir. Sadece bulunduğunuz yerde değil farklı illerde ve farklı tarihlerde hizmet alma imkânınız vardır.

4.1. Hizmetten nasıl yararlanabilirim?

Hizmetten yararlanmak için sadece bu hizmet için kurulmuş ve hafta içi mesai saatlerinde (09:00-18:00) arasında çalışan 0 212 942 35 71 numaralı AXA Partners destek hizmetleri hattını aramanız gerekmektedir. Öncelikle sizden talep edilecek bilgiler ile sistemde yer alan bilgiler (isimi, soy isimi, poliçe no veya TCKN) sorgulanıp hizmet hakkınız olup olmadığı kontrol edilir. Bilgi doğrulama sonrası anlaşmalı kurumlar içinde size uygun ve mutabık kalınan hastane ve gün seçilip gerekli organizasyon adınıza yapılır. Hizmet hakkını sadece poliçe sahipleri kullanıyor olup hakkın ikinci bir kişiye devri mümkün değildir.

Mutabık kalınan zaman için randevu organizasyonu sizler için yapılacaktır. Mücbir bir sebep olmadan veya randevudan 24 saat öncesine kadar değişiklik talebinde bulunulmayan talepler kullanılmış sayılacaktır.

4.2.Hizmet Detayları:

4.2.1. Check-up Paketi:

AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile AXA Partners hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere 'Sağlık Paketi' teminatı bulunan sigortalılarına paket içerisinde yer alan 'Check-up Paketi' hizmetini yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlamaktadır. İşbu hizmetin kullanılmasının ardından İlgili kurumdaki diğer taleplerde yeniden aşağıdaki randevu hattının aranması ile %5-25 aralığında indirim sağlanabilecektir. Randevu organizasyonu için **0 212 942 35 71** numaralı telefon aranmalıdır.

Check-Up Paketi Hizmeti Kapsamında;

- **Doktor Değerlendirme:** Hekim tarafından sonuçların değerlendirilmesi.
- **Akciğer Grafisi (Tek Yönlü):** Akciğer, kalp ve komşu organ hastalıkları tarama testi.
- **EKG:** Koroner damar hastalıkları ile kalp ritim bozukluklarını tespit etme ve izleme testi.
- **Tam Kan Sayımı (18 Parametre):** Kan hastalıkları ile diğer doku ve organ hastalıklarını araştırma ve izleme testi.
- **Tam İdrar Testi:** Böbrek, mesane ve idrar yolları hastalıklarının araştırılması testi.
- **Sedimentasyon:** Enfeksiyon hastalıkları ve romatizmal hastalıklar başta olmak üzere non-spesifik tanı testi.
- **Açlık Kan Şekeri:** Şeker hastalığı tanı testi.
- **Total Kolesterol:** Koroner damar hastalıklarının risk değerlendirme testi

4.2.2. Dış Paketi:

AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile AXA Partners hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere ‘Sağlık Paketi’ teminatı bulunan sigortalılarına paket içerisinde yer alan ‘Dış Paketi’ hizmetini yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlamaktadır

Randevu organizasyonu için **0 212 942 35 71** numaralı telefon aranmalıdır.

- Dış Hekimi Muayenesi
- Detertraj (Dış Taşı Temizliği – Alt ve Üst Çene)
- Dış Röntgen Filmi (Periapikal veya Panoramik)

Dış Paketi hizmeti dışında, müşterilerin AXA Partners anlaşmalı kurum ağında faydalanacağı diğer hizmetler için Türk Dış Hekimleri Birliği Taban Fiyat Tarifesi geçerli olacaktır.

4.2.3. Psikolojik Danışmanlık Hizmeti:

AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile AXA Partners hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere ‘Sağlık Paketi’ teminatı bulunan sigortalılarına paket içerisinde yer alan ‘Psikolojik Danışmanlık ’ hizmetini yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlamaktadır.

Randevu organizasyonu için **0 212 942 35 71** numaralı telefon aranmalıdır.

- Tüm sigortalıları kapsayacak bir psikolojik gelişim ve destek hizmetidir.
- Telefon ile başvuran müşterilerin ilk değerlendirmesi yapılacaktır.
- Müşteri talebine göre telefonda ve/veya yüz yüze görüşme destek hizmeti ücretsiz sağlanacaktır.
- Danışmanın veya danışanın gerekli görmesi halinde yüz yüze görüşme hizmeti için ilk seans ücretsiz, ilk seanstan sonraki seanslarda %40’a varan indirim oranları uygulanabilecektir.

4.2.4. Diyetisyen Hizmeti:

AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile AXA Partners hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere ‘Sağlık Paketi’ teminatı bulunan sigortalılarına paket içerisinde yer alan ‘Diyetisyen’ hizmetini yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlamaktadır.

Randevu organizasyonu için **0 212 942 35 71** numaralı telefon aranmalıdır.

- Tüm Türkiye’de organizasyon hizmeti verilecek olup ilk görüşme ücretsiz, sonraki randevularda 30’a varan indirim sağlanabilecektir indirim sağlanacaktır.

5.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 **3 ay** süre ile kapsam dışındadır.

- 1- Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel
- 2- Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı 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, endoskopik işlemler
- 3- Her türlü fitik (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, hemoroit, fistül, fissür ve perianal abse ameliyatları, tonsillit ,geniz eti ,sinüzit ve orta kulak cerrahisi
- 4- Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatozel,
- 5- Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
- 6- Polip, lipom, kist, nodül ve benzeri oluşumlar ile maling karakter içermeyen her türlü iyi huylu kitle,(lipom, nevüs (ben), siğil alımı vb..)
- 7- Uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim; uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar
- 8- Tuzak nöropatiler, halluks valgus, tetik parmak,

6.TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır :

1. Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,

2. Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
3. Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
4. Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
5. Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
6. 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.
7. Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
8. Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.
9. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları,
10. Ayakta tedavi giderleri, fizik tedavi işlemleri
11. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
12. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
13. Axa Sigorta Sağlığım Tamam Sigortası Poliçesinde anlaşmalı kurumları dışında gerçekleştirilecek tedavilere ait sağlık giderleri(acil durumlar da dâhil)
14. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri,
15. İlaçlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, enjektör, ıtriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb. ,alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),
16. 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri,
17. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
18. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler, multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) konuşma ve ses terapisi
19. Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından getirilecek olan her türlü ilaç,
20. Yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar,

21. Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimosiz vb..) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri,
22. Aksine bir sözleşme yoksa, gebelikle ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları,
23. 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,
24. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunum-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,
25. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.) telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), aksesuar meme cerrahisi, estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi; jinekometri ile ilgili her türlü gider; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar
26. Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler, Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR,septoplasti, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler, horlama nedeni yapılan tüm ameliyat ve girişimler,
27. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar),7 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fitikleri, 3 yaşına 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 özellikli her türlü tetkik ve tedavi gideri (Örn:genetik testler, her tür karyotip araştırması, hemogloblin elektroforezi, fenilketonüri testleri,7 yaşına kadar olan tiroid testleri, yenidoğan metabolik tarama testleri,yeni doğan işitme testleri, el'bilek grafileri, skolyoz tetkiki , kalça USG, inmemiş ve retraktıl testis, polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR tetkikleri vb.), Labial füzyon,probing ; 2 yaşına kadar ortaya çıkan hidrosel yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),
28. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
29. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
30. Bir poliçe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 30.000 TL yi aşan giderler,
31. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu

- doğan hastalıklar ve yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri
32. 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 geriatrik hastalıklar,
 33. Belirli bir rahatsızlık veya hastalık şüphesi olmaksızın yapılan kontrol amaçlı inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, homosistein vb, viral markerlar, Ca markerları vb), diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler
 34. Yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb. kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi),
 35. AXA Sigortanın acil merkezi dışında oluşan ambulans giderleri
 36. Evde bakım teminatı kapsamı dışındaki özel hemşirelik hizmetlerine ait giderler
 37. 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,
 38. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebulizatör, işitme cihazı vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar.
 39. Otomobil ve motosiklet yarışları dahil olmak üzere her türlü spor müsabakası sırasında sporculara ait sağlık masrafları, poliçe kapsamı dışındadır. Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar poliçe kapsamı dışındadır
 40. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın her türlü geleneksel ,tamamlayıcı ve tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mezoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, şiroprakti, PRP (Platelet Rich Plasma) reiki, ayurveda vb.) masaj masrafları, her türlü hidroterapi, çamur banyoları masrafları, 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,

7.COĞRAFİ KAPSAM

Satın aldığınız poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Axa Sigorta Sağlıkım Tamam Sigortası Anlaşmalı Kurumlarında, AXA Sigorta Sağlıkım Tamam Sigortası Poliçesi özel şart ve limitleri dahilinde geçerlidir. Yurtdışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir. KKTC yurt dışı olarak kabul edilir.

8.TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Poliçe teminat limit ve iştirak oranında geçerli olup, gerek teminat limiti gerekse iştirak oranını aşan durumlar için sigorta şirketinin ödeme yapması söz konusu değildir.

Axa Sigorta A.Ş. ile işbu ürün için anlaşmalı olmayan kurumlarda yapılan her türlü harcama, olayın acil veya kaçınılmaz olup olmamasına bakılmaksızın kesinlikle teminat kapsamı

dışındadır. Ayrıca, poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede tedavisinin devam ettiği durumlarda, ilgili tüm masraflar poliçe bitiş tarihinden itibaren teminat kapsamı dışındadır. AXA Sigorta A.Ş. iş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.axasigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

9.TAZMİNAT ÖDEMELERİ

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurumlara ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirketidir. Sigortalı' nın kendi yaptığı sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi

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

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, SAGMER 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.

10.SİGORTANIN YENİLENMESİ

Sigortacı, ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerde değişiklik yapılabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 60 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 60 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran bir müşteri olarak kabul edilir.

Yenilemede medikal değerlendirme sonucu katılım protokolü, üst limit, medikal ek prim uygulamaları devam ettirebilir veya ilgili sağlık riski kapsam dışı bırakılabilir. Yapılan medikal değerlendirme sonucunda poliçenin yenilenmemesine karar verilebilir.

AXA SİGORTA A.Ş. de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 68 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.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalıların poliçe dönemi içerisinde ortaya çıkan riskleri yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmaz, üst limit ve katılım protokolü uygulanmaz.

Axa Sigorta A.Ş de sağlık poliçesi olan kişilerin 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. Poliçeye girişı yapılacak olan bebeklerin sağlık durumlarının sigorta şirketi risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunması bu konudaki ön şarttır.

Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalıların, beşinci yıldan sonra yeni teşhis edilen konjenital (doğumsal) hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dâhilinde değerlendirilir. Bu uygulama poliçenizin özel şartlarında teminat dışı kalan haller bölümünde yer alan ‘ nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, nazal valv operasyonları), her türlü omurga şekil bozukluğu ameliyatlari ve giderleri, 7 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fıtıkları ile ilgili ameliyat ve giderlerini’ 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.

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.

11.YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerli olacaktır.

Doğum tarihinden itibaren 15 günü tamamlamış bebekler ve 66 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir. Bu üründen 65 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 66 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

Bireysel tamamlayıcı sağlık ürünlerinde aile olarak da poliçe düzenlenebilir. Aile olarak düzenlenen poliçeler için aile tanımı; Fert + Çocuk, Çocuksuz Aile veya Çocuklu Aile olarak belirlenmiştir.

Aile poliçelerinde, ebeveynlerden biri olmadan iki veya daha fazla kişiler için poliçe düzenlenemez.

0-5 yaş (5 yaş dâhil) aralığındaki çocuklar için tek başına poliçe düzenlenemez. 6 yaş ve üzerindeki çocuklar için tek başına poliçe düzenlenebilir.

12.PRİM TESPİTİ

12.1. Ürün Tablo Fiyatı Nedir ?

Satışta olan ürünlerin, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş, cinsiyet ve il bilgileri ile sigorta şirket tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun

gördüğü dönemlerde revize edilen prime, ürün tablo fiyatı denir. Tablo fiyatı 6 eşit taksit ödeme planına göre hesaplanmaktadır. Alternatif ödeme seçeneklerinin tercih edilmesi halinde değişkenlik gösterebilir.

12.2. 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, teknolojideki 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.

12.3. Prime İlişkin Düzenlemeler

12.3.1. İlk defa sigortalanacak / transfer olarak alınacak kişilerin prim tespiti: Ürün tablo fiyatı uygulanır.

12.3.2. Yenilemede prim tespiti:

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış müşteriler için; en fazla ürün tablo fiyatı uygulanır. Yenileme garantisinin ek prim ile birlikte verildiği hallerde yenileme sırasında hesaplanacak prim, en fazla ürün tablo fiyatının ilk başta uygulanan ek prim oranı kadar üzerinde olabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmamış müşteriler için;

Primi artıran durumlar olması durumunda, bir önceki yılın priminin azami 2 katı olacak şekilde arttırılabilecektir.

Primi azaltan durumlar olması durumunda, bir önceki yılın priminin azami %10 bandında indirim uygulanabilecektir.

Primi arttıran/azaltan durumlar:

Sigortalının ikamet adresini değiştirmesi, poliçenin ayakta tedavi ve yatarak tedavi teminatlarının kullanım adet ve tutarları, sigortalılık süresi, aile olma hali, varsa ek teminatlar (örneğin ferdi kaza), ödeme planı değişiklikleri, prim hesaplanması esnasında fiyatın artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir.

13.GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Bir başka sigorta şirketi tarafından düzenlenen ferdi veya grup sağlık sigorta poliçelerinin, uygun bulunması halinde, önceki poliçe bitiş tarihinden itibaren 60 gün içinde şirketimizden poliçeleştirilmesi gerekir. Bu 60 günlük süre içerisinde başvurunun yapılarak Sağlığım Tamam Sigortası Geçiş Formu `nun doldurulmuş olması, diğer sigorta şirketinden transfer bilgilerinin gelmiş olması ve kişiye açılacak poliçe şartlarının belirlenebilmesi amacıyla talep edilmiş olan tüm evrak ve bilgilerin şirketimize sunulmuş olması gerekir.

Sigortalı adaylarının halen var olan ya da geçmişte yaşamış oldukları rahatsızlıklarına, risk kabul kriterleri doğrultusunda işlem yapılır. Transfer formunda belirtilmiş olsun ya da olmasın,

geçmişte yaşanmış veya halen devam eden tüm medikal sorunların, Sağlıkım Tamam Sigortası Geçiş Formu `nda belirtilmiş olması gerekmektedir.

Sağlıkım Tamam Sigortası Geçiş Formu ve transfer bilgilerine istinaden medikal değerlendirme yapılarak, transfer poliçenin hangi koşullarda açılıp açılmayacağına karar verilir. Underwriting değerlendirmesi esnasında ilave raporlar ya da detaylı beyan talep edilebileceği gibi, riskin fazla bulunması durumunda başvuru reddedilebilir. Poliçe açılması uygun bulunursa, sigortalının önceki sigorta şirketindeki underwriting uygulamalarından farklı olarak ek prim/üst limit/ ilgili sağlık riskinin kapsam dışı bırakılması koşulu eklenmesi yönünde değerlendirme yapılabilir, mevcut Ömür Boyu Yenileme Garantisi devam ettirilmeyebilir. Sigortalı adayı underwriting görüşünü kabul etmezse, başvuru poliçeleştirilmez.

Önceki poliçe bitiş tarihinden sonra 60 gün içinde başvuru yapılmamış veya talep edilen belgeleri şirketimize ulaştırmayan kişiler transfer poliçe olarak kabul edilmez. Başvuruları yeni iş olarak kabul edilir ve bekleme sürelerine yeniden tabii olurlar.

Başvuru aşamasında eski sigorta şirketinin beyan edilmemesi ve poliçenin yeni iş olarak yapılması durumunda; sigortalı AXA SİGORTA A.Ş. `deki poliçe dönemi içerisinde transfer olduğunu beyan ederse, transfer kabul edilemez.

14.SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

14.1.Prim Borcu Nedeniyle iptal uygulamaları aşağıdaki gibidir;

Poliçe primleri vadesinde ödenmediği takdirde ödeme yapılmayan vade tarihini takip eden 15 günün sonunda poliçeye provizyon ve hasar girilmesi sistemden otomatik olarak engellenir ve sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde Türk Ticaret Kanunu madde 1434 doğrultusunda cayabilir.

14.2.Prim Borcu Nedeniyle iptal poliçenin yürürlüğe alınması;

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 8`de belirtilen esaslar doğrultusunda prim borçları nedeniyle iptal edilen poliçeler, poliçe iptal ek belgesi tanzim tarihi üzerinden 90 günden fazla süre geçmemiş olması kaydıyla aşağıda yazılı şartların sağlanması halinde yürürlüğe alınabilir.

- Ferdi Sağlık Sigortaları İptalden Yürürlüğe Dönüş Formu` nun sigorta ettiren tarafından doldurulması.
- İptalden Yürürlüğe dönüş formunda belirtilen güncel sağlık beyanına istinaden, medikal değerlendirme görüşünün olumlu olması,
- Poliçe iptal ek belgesi tanzim tarihi üzerinden 90 günden fazla süre geçmemiş olması
- Sigortalıların 65 yaş veya altında olması

Sigorta ettiren, var ise (poliçenin iptal tarihi ile iptalden yürürlüğe dönüş tarihi arasındaki) tüm risklerini iptalden yürürlüğe dönüş formunda beyan etmek zorundadır. Bu tarihler arasındaki tazminat talepleri karşılanmayacaktır.

Mevcut tüm riskler için poliçenin yürürlüğe alınma şartlarına medikal değerlendirme birimi tarafından karar verilir.

İptalden Yürürlüğe dönüş formunda beyan edilen rahatsızlıklara göre poliçe yürürlüğe alınmayabilir, istisna konabilir, üst limit belirlenebilir, ek prim ya da katılım protokolü uygulanabilir.

Poliçe yürürlüğe alındıktan sonra iptalden yürürlüğe dönüş formunda beyan edilmeyen rahatsızlıkların saptanması halinde yıl içi underwriting ve eksik beyan uygulaması yapılacaktır.

14.3.Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde aşağıdaki kurallar doğrultusunda işlem yapılır;

- 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 tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya herhangi bir **tazminat ödenmemişse**, ödenen primler 5 iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir.
- Sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk 30 günden sonra gelen iptal taleplerinde sigortacının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır. Ödenen prim tutarı hak edilen primden fazla ise ödenen prim tutarı ile hak edilen prim arasındaki fark sigorta ettirene iade edilir.
- Sigorta ettiren isteği ile Gün Esaslı iptal edilmiş poliçeler daha sonra yürürlüğe (meriyete) alınmaz, talep gelmesi durumunda yeniden değerlendirme yapılarak yeni iş poliçe tanzim edilebilir.
- 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.
- **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. Sigorta ettirenin vefat etmesi durumunda veraset belgesi ile varislerinin belirlenmesi gerekmektedir. Varislerden biri sigorta ettiren olacak ise dilekçe ile Sigorta ettiren değiştirilebilir. Kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir.
- **Sigortalı/Sigortalıların vefatı durumunda;** 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. 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.

15. SİGORTA ŞİRKETİNE İBRAZI GEREKEN BELGELER

Herhangi bir sağlık problemi halinde Yatarak ve Ayakta Tedavilerinizde provizyon sistemi çalışacak olup, aşağıdaki teminatlarla ilgili masrafların limitleri dâhilinde Şirketimiz tarafından tazmin edilebilmesi için " Tazminat Talep Formu " ekinde ibrazı gereken belgeler aşağıdadır

EVDE BAKIM TEMİNATI

Hastanede sigortalının tedavisini üstlenen doktor raporu,
Yapılan tedavi ve bakımlara ait kişi adına düzenlenmiş dökümlü fatura

SUNİ UZUV GİDERLERİ

Doktor raporu,
Masrafı belgeleyen sigortalı ismine düzenlenmiş fatura aslı.

YARDIMCI TIBBİ MALZEME

Doktor raporu,
Masrafı belgeleyen sigortalı ismine düzenlenmiş fatura aslı.

B-SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Yürürlük Tarihi: 10 Ekim 1990

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.

- Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- 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 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.
- Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- 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 (f) 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 kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

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

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

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

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 tebelluğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esası 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.

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Madde 8*- Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde ödenir.

Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağıının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

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

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Can sigortalarında indirimle ilişkin hükümler saklıdır.

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâle getirmez. (*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

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 sözkonusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

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) Kasden 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 hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

Masrafların Tesbiti

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 tesbit edilir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur. (2015/22 sayılı Sağlık Sigortası Genel Şartlarında Yapılan Değişikliğe İlişkin Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

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- Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve dorudan bağının bulunması gerekmektedir.

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

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.

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18* ‘ A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

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

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının verildiğinin ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığının ispat yükümlülüğü sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur.

B. Grup Sigortaları

En az on kişiden oluşan, sigorta ettiren tarafından, belirli kıstaslara göre kimlerden oluştuğunun belirlenebilmesi imkanı bulunan bir gruba dahil kişiler lehine, tek bir sözleşme ile sigorta yapılabilir. Sözleşmenin devamı sırasında gruba dahil herkes sigortadan, grup sigortası sözleşmesi sonuna kadar yararlanır. Sözleşmenin yapılmasından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliliğini etkilemez.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak; sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda sigortacı sorumlu tutulamaz.

Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigortacı ile paylaşılmaması durumunda; sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının

ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz. (*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.).