

**AXA SİGORTA****AXA DİJİTAL ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI****Sigorta Sözleşmesi Bilgilendirme Metni****A. Sigortacıya İlişkin Bilgiler**

Sigorta Şirketi: AXA Sigorta A.Ş.

Adres: Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 Salıpazarı/İstanbul

e-posta: <http://www.axasigorta.com.tr>

Tel: 0850 250 99 99

Mersis No: 0649003994600011

Ürün/Sigorta: Özel Sağlık Sigortası

B. Genel Bilgiler

Bu belge sigortaya ilişkin önemli hususları içermektedir. Sözleşme akdedilmeden önce daha detaylı bilgi için teklifnameye veya Özel Sağlık Sigortası Genel Şartları'na, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'na ("Genel Şartlar") bakınız. Ayrıca <https://www.axasigorta.com.tr> adresinden detaylı bilgiye ulaşabilirsiniz. Sözleşme akdedildikten sonra poliçenizi ve adı geçen tüm belgeleri okumanız önemlidir.

Sigortanın Türü: Sigortacı işbu sigorta ürünü ile 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/katılım oranları ve özel şartlar dahilinde, Türk Ticaret Kanunu, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

Ürün ve Geçerli Olduğu Network (Anlaşmalı Kurumlar): Satın alınan ürün içeriği ve geçerli olduğu anlaşmalı kurumlar için <https://www.axasigorta.com.tr> adresinden detaylı bilgiye ulaşabilirsiniz.

Tercih edilen ürün polise yılı içerisinde değiştirilemez. Yenileme dönemlerinde de ürün değişikliğine yönelik talepler Sigortacı'nın görüşleri doğrultusunda değerlendirilir.

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



C.Verilen Teminatlar / Teminat Tutarı / Limiti

Police kapsamı, poliçe üzerinde belirtilen ve sigortalının satın almış olduğu üründe bulunan teminatlarla sınırlıdır.

Fiyat çalışması/poliçeye ait satın alınan teminatlar Bilgilendirme Metni içerisinde yer alan ‘Teminat tablosu’ nda belirtilmiştir. Lütfen dikkatlice kontrol ediniz.

Yatarak Tedavi Teminatı: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

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 3 (üç) gün önce provizyon merkezimize başvuru yapılmalıdır.

Sigortalının tedavisinin genel/lokal anestezi altında cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiği durumlarda yapılan ve TTB-HUV Tarifesi’nde tanımlanan, birimi 200 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 giderler; 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 ve morg masrafları bu teminattan karşılanır.

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

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, TTB-HUV Tarifesi puanları esas alınarak ağırlıklı olarak hesaplanır ve toplam faturadan düşülerek tazminat ödenir. Koroner anjiyografi masrafları, ameliyat öncesi yapılan ameliyata hazırlık tetkikleri (pre-op tetkikler), dış gebelik ameliyatları, karaciğer, böbrek, kemik iliği biyopsisi, lomber ponksiyon, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, serebral anjiyografi, tedavi amaçlı ve tedavinin parçası olarak yapılan kuduz ve tetanos aşılı da bu teminat kapsamında değerlendirilir. Tetkik amaçlı hastane



yatış masrafları, tedavi sırasında gerçekleşen teşhisle uyumsuz masraflar, yatış endikasyonu bulunmayan masraflar bu teminat kapsamı dışındadır.

Kanser ameliyatları sonucu mastektomi sonrası ilk meme protezi ve meme ucu rekonstruksiyonu masrafları, kanser ameliyatları sonucu orşiektomi sonrası ilk testis protezi masrafları bir defaya mahsus olmak şartıyla yatarak tedavi teminatı kapsamı dahilindedir.

Bir sigortalılık yılı süresince yatarak tedavi teminatının geçerli olduğu süre 180 gündür.

Bu 180 günün en fazla 90 günü yoğun bakım teminatı olabilir.

Yurtiçinde AXA Sigorta A.Ş. Anlaşmalı sağlık kurumlarında hastanenin kadrolu hekimleri tarafından yürütülen yatarak tedavi giderleri (Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz, Küçük Müdahale) poliçe kapsamındadır. Yatarak tedavi kapsamında yer alan ameliyat, işlem, girişim, tetkik, tedavi, takip ve konsültasyonu hastanenin kadrosu dışında bir doktorun gerçekleştirmesi halinde ise, **doktor ücreti en fazla TTB-HUV Tarifesi'nin iki katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.**

Anlaşmasız bir sağlık kurumunda gerçekleşen Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz, Küçük Müdahale teminatları kapsamındaki her türlü doktor ücretleri, ameliyat, işlem, girişim, tetkik, tedavi, takip ve konsültasyon ücretleri TTB-HUV ile; hastane oda-yemek ve refakatçi giderleri günlük 50\$ ile (fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden "TL" olarak hesaplanır) ameliyathane açılış ücretleri TTB-HUV' deki ilgili ameliyatın operatör ücretlerinin % 30'u ile sınırlıdır.

İşbu Özel Şartlarda acil tanımında yer alan hastalık ve durumlar için başvurulması halinde anlaşmasız kurumdaki işlemler TTB-HUV Tarifesi' nin 2 (iki) katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.

Yatarak tedavi kapsamında yer alan Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi (30 seans) ve Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi sadece AXA Sigorta A.Ş. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşmesi halinde teminat kapsamındadır.

Yoğun Bakım Teminat limiti için 'Teminat Tablosu' na bakınız.

Yoğun bakım teminatı, sigortalının tedavisinin yoğun bakım ünitesinde sürdürülmesi 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 bakımda kalınan süre için yapılan refakatçi masrafları teminat kapsamında değildir. Yoğun bakım teminatı yıllık 90 gün ile sınırlıdır.

(Bir sigortalılık yılı süresince yatarak tedavi teminatının geçerli olduğu toplam süre 180 gündür. Bu 180 günün en fazla 90 günü yoğun bakım teminatı olabilir)

Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

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.

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 (kemoterapi tedavisi öncesi tıbbi olarak bakılması zorunlu olan; neticesinde tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının (örn; kemoterapi seans alabilirliği/ilâç doz ayarlaması vb. takibi için belirleyici olan tahlillerdir) bu teminat kapsamındadır. Onkoloji branşı tarafından hastalığın takibi için yapılan tetkikler içerisinde yer alan mr/bt/usg/kan-idrar tetkikleri vb. tetkikler o gün yapılacak kemoterapi tedavisinin seyrine etkisi bulunmayan (tıbbi gerekliliği tartışılmaksızın) tetkikler ayakta tedavi teminatından değerlendirilir.

Küçük Müdahale : Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

TTB-HUV Tarifesi’nde tanımlanan, birimi 200’den küçük (200 hariç) olan tüm cerrahi girişimler ile dikiş atma, yara tedavisi, kırık nedeni ile alçı ve repozisyon 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, lipom alımı, müşahade yatak ve benzeri müdahale masrafları ile sarf malzemelerinin masrafları bu teminattan karşılanır. Poliçe özel şartlarında tanımlanmış olan “Acil” tanımına uyan ve ilk 24 saat içerisinde uygulanacak tedavinin/işlemin poliçe kapsamına dahil olduğu durumlarda girişim sırasında kullanılacak malzeme, ilâç, ameliyathane, tahlil, görüntüleme, ileri tanı ve doktor ücretleri Küçük Müdahale teminatı kapsamında değerlendirilir. Ancak “Acil” tanımına uymayan ya da ilk müdahalesi gerçekleştikten sonra kontrol amaçlı yapılan her türlü muayene, tahlil, röntgen, laboratuvar, ileri tanı gibi tetkikler ve/veya reçete edilecek ilâçlar, Ayakta Tedavi teminatlarından değerlendirilir.



Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon : Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

Yatarak tedavi teminatı tanımına giren bir ameliyatı veya yatışı takiben 2 (iki) 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. Fizik Tedavi işlemi yataklı bir sağlık kurumunda, yatarak yapılmış olsa dahi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 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.

Sigortalının, nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak ampütasyonu vb. sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma, merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim(rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderleri, tedavinin hastanede yatarak yapılması ve bu durumu tevsik eden belgelerin AXA SİGORTA A.Ş. ye sunulması ve AXA SİGORTA A.Ş. tarafından kabul edilmesi koşuluyla, poliçede belirtilen Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatının yıllık limit, iştirak oranı ve yıllık seans sayısı ile sınırlı kalmak koşulu ile ödenir. Ayrıca, oda-yemek-refakatçi, doktor takibi vb. diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı yıllık 30 (otuz) seans ile sınırlıdır. Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 (bir) seans olarak işleme alınır.

Ameliyat Sonrası Ayakta Tedavi Teminatı : Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

Sadece AXA Yatarak tedavili poliçelerde geçerlidir.

Sigortalının hastanede gördüğü yatarak tedavinin devamı niteliğini taşıyan ameliyat sonrası ayakta tedavi masraflarını poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder.

Ameliyat Sonrası Ayakta tedavi teminatı için, poliçede belirtilen bitiş tarihi aşılmamak kaydı ile sigortalının hastaneden taburcu oluşunu takip eden 30 gün içerisinde aynı hastalık için yapılan tedavi masrafları karşılanır.

Anlaşmasız bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen doktor muayene teminatı kapsamındaki her türlü doktor ücretleri,

En fazla TTB-HUV Tarifesi`nin 2 katı ve poliçede belirtilen sigortalı katılım payı ile karşılanır.



Anlaşmasız bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen, İlaç ve 0-6 Yaş Çocuk Aşıları teminatları kapsamı dışında kalan ayakta tedavi teminatı tanımına giren diğer tüm giderler (Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri, İleri Tanı Yöntemleri, Fizik Tedavi) ise,

En fazla TTB-HUV Tarifesi kadar ve poliçede belirtilen katılım payı ile sınırlı olacak şekilde karşılanır.

Evde Bakım: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

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.

Sigorta şirketi tıbbi endikasyon olup olmadığını kontrol eder ve evde bakım gerektiğine karar verirse organizasyon sigorta şirketi tarafından gerçekleştirilir, aksi halde tedavi masrafları kapsam dışıdır.

Yardımcı Tıbbi Malzeme: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile doktor raporu ile gerekli görülen yardımcı tıbbi malzemeler, sigortalının poliçe süresi içerisinde meydana gelen bir kaza veya hastalık sonucu uygulanan tedavisinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, ortopedik boyunluk, tekerlekli sandalye (kalıcı sakatlığın raporlandığı durumlarda kapsam dahilindedir) , ortopedik korseler, ortopedik tabanlık (teminat dışı haller arasında yer alan durumlar hariç), ortopedik bot (rom walker), “alçı terliği”; buz kesesi , İleostomi-sistostomi-kolostomi torbalarını ve adaptörleri, yanık örtüsü ve bası giysisi, oturma simidi, klozet yükseltici (kalça ameliyatı sonrası), varis çorabı, kan şekeri ölçüm cihazı ve şeker stripleri nebulizatör, aerochamber bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır Yukarıda sayılanların dışındaki yardımcı tıbbi malzemeler kapsam dışındadır.

Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

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 ameliyatlara 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 ameliyatlara poliçe kapsamı dışındadır. Trafik kazası sonrası diş tedavisi TDP (Türk Diş Hekimleri Birliği) Ağız Diş Sağlığı Muayene ve Tedavi Ücret Tarifesi birimleri ile sınırlı olacak şekilde karşılanır.

Kontrol Amaçlı Mamografi ve Meme Ultrasonografi / Kontrol Amaçlı PSA: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

Hekim isteği olsun veya olmasın erkek sigortalılar için prostat kanseri taraması amaçlı yapılan PSA tetkiki ve kadın sigortalılar için meme kanseri taraması amaçlı yapılan Mamografi ve doktorun gerekli görmesi halinde meme ultrasonografi tetkikleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Kontrol Amaçlı Mamografi / Kontrol Amaçlı PSA teminatı yılda bir defa kullanılabilir. Mamografi ve PSA tetkik masraflarının ödenebilmesi için tetkiklerin bu hizmetin verildiği anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda yapılması zorunludur.

Anlaşmalı sağlık kuruluşları listesine www.axasigorta.com.tr internet adresinden ulaşabilirsiniz.

**Yıllık kontrol Mamografi ile birlikte meme ultrasonografisinin aynı anda yapılmasının tercih edilmesi halinde bu iki işlemin yapılabileceği kurumlar listesi ayrıca belirtilmiştir. Bu listede yer almayan kurumlarda mamografi ile birlikte yapılacak meme ultrasonu işlemi karşılanmayacaktır. Yıllık kontrol mamografi ve meme ultrasonografi'nin geçerli olduğu anlaşmalı kurumlar listesine de www.axasigorta.com.tr internet adresinden ulaşabilirsiniz. Anlaşmalı kurumlar listesi değişebileceği için işlem yaptırmadan önce kurumun anlaşmalı olduğunu web sayfamızdan teyit ediniz.

Kontrol mamografisi (meme USG dahil) teminatı anlaşmalı kurum olmayan illerde 40 birim üzerinden değerlendirilecektir.

Kontrol PSA (total PSA/free PSA) teminatı anlaşmalı kurum olmayan illerde 30 birim üzerinden değerlendirilecektir.

Kontrol Amaçlı Kemik Yoğunluğu Ölçümü (Dansitometri) Teminatı: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

50 ve üzeri yaşlardaki kadın sigortalılar için hekim isteği olsun veya olmasın kontrol amaçlı yaptırdıkları Kemik Dansitometri tetkikine ait giderler, belirli anlaşmalı kurumlarda yaptırılması koşulu ile yılda bir kere karşılanacaktır. Bu teminat AXA Sigorta A.Ş.’nin



belirlediği anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Kemik dansitometri teminatının geçerli olduğu anlaşmalı kurumlar listesine de www.axasigorta.com.tr internet adresinden ulaşabilirsiniz.

Kemik dansitometri teminatı anlaşmalı kurum olmayan illerde 30 birim üzerinden değerlendirilecektir. Bu teminat, kemik dansitometri teminatının bulunduğu planlar için geçerlidir.

Yurtdışı Yatarak Tedavi Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

İsteğe bağlı alınabilen ek teminattır. Poliçede yer alması durumunda geçerlidir.

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

Poliçe kapsamında olan sağlık giderleri aşağıda belirtilen şartlarla tüm dünyada geçerlidir.

a) Yurtdışında gerçekleşen Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi ve Radyoterapi kapsamına giren sağlık giderleri yıllık poliçede belirtilen üst limit ve % 20 katılım payı ile Yurtdışı Yatarak Tedavi teminatından karşılanır.

b) Yurtdışında gerçekleşen tıbbi hizmetlere ilişkin her türlü ayakta tedavi giderleri (Doktor muayene, İlaç giderleri, 0-6 Yaş Çocuk Aşılı, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri, İleri Tanı Yöntemleri, Fizik Tedavi) bu teminat kapsamında karşılanmaz.

Yurtdışında yapılan tedavilere ait giderler, tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Efektif Satış kuru esas alınarak teminat limit, iştirak oranı ve Özel Şartlar çerçevesinde Türk Lirası olarak ödenir.

92 günden fazla yurtdışında kalınması halinde 92. günden sonra gerçekleşen Yatarak Tedavi Masrafları police kapsamı dışındadır. Sigortalının yurda giriş yapmasından sonra ilgili 92 günlük süre yeniden başlar.



Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

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

Ambulans Hizmeti: 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 ambulans ile naklini içeren bir teminattır.

Tıbbi Bilgi ve Danışmanlık: Sigortalı, acil olan veya olmayan herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştığında 365 gün 24 saat boyunca hizmet veren AXA Sigorta Acil Yardım Hattı 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 tam konmaz, ilaç önerilmez. Acil bir durumda hizmet almak için 365 gün 24 saat boyunca AXA Sigorta Acil Yardım Hattı **0850 250 99 99**’dan arayabilirsiniz.

Hava Ambulansı: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

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 Sigorta Acil Yardım Hattı 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 ile ilgili son kararı sigorta şirketinin doktoru verir. İlgili teminat sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerlidir. Axa Sigorta ‘nın anlaşmalı olduğu firma üzerinden sadece hizmet sağlanmaktadır.

Anlaşmasız Kara Ambulansı: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

Sigortalının T.C. sınırları içerisinde teminat kapsamındaki bir hastalık veya kaza nedeniyle, bulunduğu yerden yerel ruhsatlı bir kara ambulansı ile en yakın tam teşekküllü hastaneye taşınması veya sigortalıyı tedavi eden doktorun zorunlu görmesi ve sigortacının onaylaması halinde hastaneden eve taşınması için yaptığı masrafları, poliçede belirtilen teminat limiti ve uygulaması dahilinde temin eder.

Sigortalının doktor raporu ile belirlenen tıbbi zorunluluk halleri hariç, kendi isteği ile hastaneden hastaneye, hastaneden eve, evden hastaneye kullanılacak ambulans masrafları bu teminat kapsamında değildir.



Suni Uzuv Giderleri: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

Sigortalının hastalık veya kaza sonucu uzuv kaybı olması halinde, kaybedilen/fonksiyon kaybına uğramış bir organın fonksiyonların yerine konması için gereken suni uzuv ve protez masraflarına ait giderler bu teminat kapsamındadır.

Kanser ameliyatı sonrası meme protezi ve testis protezi yatarak tedaviden 1 defaya mahsus olarak değerlendirilir.

Ferdi Kaza Sigortası: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

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. Poliçede yer alan 18 yaş ve üstü en az 1 (bir) sigortalı için Ferdi kaza teminatları poliçede otomatik verilmektedir. Poliçe tanzimi esnasında talep gelmesi halinde ilgili teminat 18- 75 yaş arası diğer aile bireylerine de ek prim ile verilebilir.

Dijital Ayakta Tedavi Teminatları: Teminat limiti için ‘Teminat Tablosu’ na bakınız.

Dijital Ayakta Tedavi kapsamında verilen teminatlar; Dijital Sağlık Sigortası Ürünü’nden poliçe düzenlenmesi sonrasında sigortalı / sigorta ettirene gönderilecek **Dijital Muayene Cihazı** ile gerçekleştirilir. Her poliçe için 1 (bir) adet **Dijital Muayene Cihazı** gönderilmektedir.

Dijital Muayene Cihazı kullanım hakkı ‘AXA Dijital Sağlık Sigortası’ poliçesi kapsamında yer alan sigortalılar için geçerlidir.

Dijital doktor muayeneleri Amerikan Hastanesi (İstanbul, Bodrum), Koç Üniversitesi Hastaneleri doktorları tarafından gerçekleştirilecektir.

Kontrol süresi dijital muayene tarihi itibarıyla 10 gün içinde 15 dk görüşme ile sınırlıdır.

Her poliçe için 1 (bir) adet Dijital Muayene Cihazı gönderilmektedir. Birden fazla dijital muayene cihazı istenmesi durumunda 18 yaş üstü sigortalı adayları için ayrı poliçe düzenlenmesi gerekmektedir.

Aynı poliçede yer alan 18 yaş ve üzeri diğer sigortalılar adına ilave cihaz talep etmeleri durumunda poliçe tanzim tarihi itibarıyla 90 gün içerisinde taleplerini sigorta şirketine



iletmeleri gerekmektedir. İlave dijital muayene cihaz taleplerine ilişkin karar yetkisi sigorta şirketindedir. İlave dijital muayene cihazı verilmesine karar verilmesi durumunda ödenecek ek prim ayrı bir belge ile 'Teminat ekleme' zeyilnamesi düzenlendikten sonra cihaz gönderimi sağlanacaktır.

Aynı poliçe içerisinde yer alan 18 yaş ve üzeri diğer sigortalılar adına alınabilecek ek teminat/ek cihaz için 'Teminat çıkarma' / cihaz iade talepleri sadece cihazın hiç açılmamış ve kullanılmamış olması durumunda değerlendirilir.

Bir poliçe için en az bir dijital muayene cihazı zorunludur. Aynı poliçede yer alan kişiler için poliçede sadece bir cihaz kalması durumunda bu cihazın iadesi ya da teminat çıkartması yapılamaz.

Dijital Ayakta Tedavi teminatları şunlardır;

7/24 Dijital Doktor Muayene: Teminat limiti için 'Teminat Tablosu' na bakınız.

Dijital Muayene Cihazı ile 7 gün 24 saat limitsiz olarak pratisyen / aile hekimi tarafından sağlanan dijital muayene teminatıdır.

Pediyatri ve Dahiliye Branşı Dijital Doktor Muayene: (Tüm aile için ortak limit geçerlidir.)

Teminat limiti için 'Teminat Tablosu' na bakınız.

Dijital doktor muayenesi poliçede belirtilen limitler dahilinde geçerli olmak üzere; **pediyatri ve dahiliye branşlarında uzman doktor** tarafından sağlanan dijital muayenelerini kapsar. Pediyatri ve dahiliye branşlarında, aynı poliçe döneminde geçerli olacak **24 adet uzman doktor dijital muayene hakkı** mevcuttur. **Bu 24 dijital muayene hakkı aile poliçelerinde; sigortalı olan tüm aile üyeleri için ortak limit dahilinde kullanılabilir.**

Hafta içi 09:00-17:00, Cumartesi ise 09:00 - 13:00 saatleri arasında uzman doktorlardan dijital muayene randevusu alınabilir.

Bu saat ve günler dışında 7 gün 24 saat aile hekimi/ pratisyen doktorlardan Dijital Doktor Muayene Teminatı kapsamında limitsiz olarak hizmet alınabilir.

Diğer Branşlar Dijital Doktor Muayene Ek Teminatı: (Her sigortalı için ayrı limit geçerlidir) Teminat limiti için 'Teminat Tablosu' na bakınız.



(İsteğe bağlı ek teminattır. Poliçede yer alması durumunda teminat kapsamındadır. Ek teminatlar sadece poliçenin ilk kez düzenlenmesi ya da yenileme dönemi esnasında poliçeye dahil edilebilir. Poliçe yürürlükteyken yıl içerisinde ek teminat satın alınmaz.)

Pediyatri ve Dahiliye uzmanı haricindeki ‘**Diğer Branşlar**’ alanında uzman doktorlar için dijital muayene teminatı isteğe bağlı olarak poliçeye dahil edilebilir. Diğer branşlardaki uzman hekimlerin sağlayacağı muayeneler için alınacak ek dijital muayene teminatında, aynı poliçe döneminde geçerli olacak **2 dijital muayene hakkı** mevcuttur. **Bu 2 ek dijital muayene hakkı, ek teminatı poliçesine dahil eden sigortalı/sigortalılar için ayrı ayrı limitler dahilinde kullanılabilir.**

Hafta içi 09:00-17:00, Cumartesi ise 09:00 - 13:00 saatleri arasında uzman doktorlarından dijital muayene randevusu alınabilir. Bu saat ve günler dışında 7 gün 24 saat aile hekimi/pratisyen Dijital Doktor Muayene Teminatı kapsamında limitsiz olarak hizmet alınabilir.

Ek teminat olarak alınacak ‘**Diğer Branşlar Dijital Uzman Doktor Muayene**’ teminatı ile hizmet verilebilecek branşlar;

Aile Hekimliği, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Dermatoloji, El Cerrahisi, Endokrinoloji, Enfeksiyon, Fizik Tedavi, Gastroenteroloji, Genel Cerrahi, Genetik, Göğüs Hastalıkları, Göz, Hematoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz, Medikal Onkoloji, Nefroloji, Nöroloji, Ortopedi, Pediyatrik Kardiyoloji, Plastik Cerrahi, Radyasyon Onkolojisi, Romatoloji, Uyku, Üroloji

DİĞER AYAKTA TEDAVİ GİDERLERİ

Aşağıda belirtilen teminatlar Dijital Muayene Sonrası doktorun gerekli gördüğü durumlarda geçerlidir.

İlaç Giderleri: (Dijital Muayene Sonrası)



Dijital Muayene Sonrası yazılan reçetelerde geçerli olmak üzere; AXAFit üzerinden talep edilmesi koşulu ile poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi kadar kapsam dahilindedir.

İlaç giderleri reçetede her bir ilaç için en fazla 30 günlük doz ile sınırlı olarak karşılanır. Sigortalının sürekli kullanması gereken, kronik hastalıklarına ilişkin ilaçları reçete eden doktorun reçetenin üzerine ilaçların sürekli kullanılacağını belirtmesi halinde reçete fotokopisi ile en fazla 3 aylık doz ile sınırlı olarak ödenebilir. Reçetesiz, fatura, kasa fişi olmayan veya ilaç küpürüz ilaç talepleri ile ilaç kupüründe ismi açıkça okunmayan ilaçlara ait talepler ve aşılarda kapsam dahilinde değildir.

Laboratuvar Hizmetleri: (Dijital Muayene Sonrası)

Dijital Muayene Sonrası istenen laboratuvar tetkiklerin de geçerli olmak üzere; poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi kadar kapsam dahilindedir.

AXA Anlaşmalı kurumlarında verilen laboratuvar hizmetleri için pozisyon alınarak sağlanmaktadır.

Anlaşmasız kurumda gerçekleşen talepler ise AXAFit üzerinden talep edilmesi koşulu ile poliçede belirtilen teminat limiti ve ödeme yüzdesi kadar kapsam dahilindedir.

Evde kan alma hizmeti tercih edilmesi durumunda anlaşmalı olunan evde kan alma merkezlerinden faydalanılabilir.

Endoskopi:

Hastalıkların teşhisinde doktorun gerekli gördüğü ve doktor raporu ile belgelenmesi ve AXA **Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network** sağlık kurumlarında / hastanelerde yapılmış olması kaydıyla; tanı amaçlı yapılan sadece gastrointestinal sisteme yönelik endoskopi işlemleri (kolonoskopi, gastroskopi, gastroduodenoskopi, rektoskopi vb) bu teminattan ödenir. (İşlem sırasında kullanılan malzeme ve ilaç bu teminat kapsamındadır.)

Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen Endoskopi Teminatına ait harcamalar TTB-HUV Tarifesi ile sınırlıdır.

Diğer Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı: (Dijital Muayene Cihazı için)



İşbu teminat kapsamında poliçede yer alan dijital muayene cihazı teminat altında alınmıştır. Teminat kapsamı sadece tam ziya durumunda geçerlidir ve aynı poliçe dönemi içerisinde sadece 1 (bir) cihaz için teminat verilmektedir.

Poliçede kayıtlı dijital muayene cihazının Türkiye sınırları içinde uğrayacağı tam ziya hasarları teminata dahil edilmiştir.

Dijital muayene cihazı kullanıcısının; yanlış onarım, yetkisiz servis, hasarın veya Dijital muayene cihazının (TytoCare) Türkiye distribütörü tarafından görevlendirilen kişi veya kuruluşlar dışında herhangi bir kişi tarafından değiştirilmesinden kaynaklanan her türlü arıza kapsam dışındadır.

Açıkta (kapalı olmayan mahallerde) ve halka açık kapalı mekanlarda vuku bulacak hırsızlık olayları ve kaybolma rizikoları teminat haricidir. Sigortalı cihaz veya cihazların motorlu kara taşıt araçlarında buldukları sırada çalınması durumunda teminat aşağıdaki hallerde geçerlidir.

-Aracın üst kısmının sac ve benzeri sert malzemedен yapılmış olması,

-Aracın park edildikten sonra kilitlemiş olması

-Cihazın dışarıdan görünmeyecek şekilde aracın bagajına konmuş olması koşullarıyla geçerlidir.

Teminat Türkiye sınırları içinde geçerlidir.

Uygun bulunan tam ziya hasarlarında ilgili dijital muayene cihazının yerine yenisinin temini yapılacaktır. Sigortalı/ sigorta ettirene herhangi bir tazminat ödemesi yapılmayacaktır. Aynı poliçe dönemi içerisinde sadece 1 (bir) cihaz için teminat verilmiştir.

Hasar Değerlendirme Gerekli Belgeler

-Fiziki hasarlarda;

Hasar oluş şeklini anlatır beyan/tutanak

Hasarlı cihaz fotoğrafı

Teknik servis raporu (pert olduğuna dair)



-Hırsızlık hasarlarında;

yukarıdaki evraklara ilave olarak polis ifade tutanağı ile olay yeri inceleme tutanağı

Ameliyat Destek Teminatı:

İlgili teminat, AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network kurumlarında gerçekleşecek olan ameliyatları kapsamaktadır. TTB-HUV Tarifesi 200 birim ve üzeri ameliyat işlemleri için Ameliyat Destek Teminatı geçerlidir. Tazminatın ödenmesi için kişinin hastaneden taburcu olmasını takiben, sigortalının başvurusu ile AXA SİGORTA A.Ş. tarafından tazminat sigortalının banka hesap numarasına ödenecektir. En az 1 (bir) gece hastanede kalmak şartı ile Ameliyat Destek Teminatı olay başına 1.500 TL (Bin Beş Yüz Türk Lirası) ile limitlidir.

AXA Bağımsız Yaşam Hattı:

AXA Bağımsız Yaşam Hattı, AXA Sigorta olarak pandemi süreci ve sonrasında geçirdiği ameliyat sebebiyle evlerinde kalan sağlık sigortalılarımızın kendi ihtiyaçlarını rahatça karşılayabilmeleri için hayata geçirdiğimiz bir dijital danışma hattıdır. Her yaştan ameliyat geçirmiş olan AXA Sigorta sağlık sigortalıları için AXA Bağımsız Yaşam Hattı, dezavantajlı durumdaki sağlık sigortalıların hayatını kolaylaştırmayı hedefler.

AXA Bağımsız Yaşam Hattı'nın Kapsamı:

AXA Bağımsız Yaşam Hattı'ndan, ameliyat geçirmiş olan AXA Sigorta sağlık sigortalıları faydalanabilmektedir. İlgili teminattan, **AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network** kurumlarında gerçekleşen ve ameliyat geçirmiş olan AXA Sigorta sağlık sigortalıları faydalanabilmektedir.

Ameliyat geçirmiş sağlık sigortalılarımız; Ameliyatlarından 15 gün sonrasına kadar AXA Bağımsız Yaşam Hattı içerisinde bulunan temizlik görevlisi desteği (1 kez) ile günlük market alışveriş desteği organizasyonun sağlanması ve ev içi tamir ve tadilat organizasyon hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Ayrıca hizmet kapsamında sunulan müzik platformlarında 1 ay ücretsiz üyelik imkânı sayesinde sayısız müzik ve podcast içeriğinden faydalanabilmektedir. Bu hizmetler Inter Partner Assistance Yardım ve Destek Hizmetleri Ticaret A.Ş. ("AXA Partners") tarafından sağlanan organizasyon hizmetlerini kapsamaktadır.

AXA Bağımsız Yaşam Hattı'ndan faydalanmak isteyenlerin yapması gerekenler

AXA Bağımsız Yaşam Hattı'ndan faydalanmak isteyen sağlık sigortalılarımızın hafta içi 09:00-17:30 saatleri arasında 0850 250 9999 numaralı Müşteri Hizmetleri Merkezi arayarak "**AXA**



Bağımsız Yaşam” seçeneğini tuşlaması yeterlidir. Bunun yanı sıra AXA Bağımsız Yaşam Hattı’na AXA Sigorta’nın ‘iyi yaşam uygulaması’ AXAFit mobil uygulaması üzerinden de tek tuşla ulaşılabilir.

AXA Bağımsız Yaşam Hattı AXA Sigorta’dan ‘AXA Dijital Sağlık Sigorta poliçesi satın almış müşterilere sunulan, sağlık sigortası kapsamında destekleyici bir hizmettir.

Dijital Check-up Ek Teminatı:

(İsteğe bağlı ek teminattır. Poliçede yer alması durumunda teminat kapsamındadır. Ek teminatlar sadece poliçenin ilk kez düzenlenmesi ya da yenileme dönemi esnasında poliçeye dahil edilebilir. Poliçe yürürlükteyken yıl içerisinde ek teminat satın alınmaz.)

Bu bir ek teminattır. Poliçe ilk kez satın alınırken ve yenileme döneminde ek primle poliçeye dahil edilebilir.

Bu check-up paketi sadece İstanbul’da ve geçerlidir.

Aşağıda belirtilen check up içeriği Koç Sağlığım Yanımda evde bakım hizmeti ile tetkikler yerinde örnek alımı ile sadece İstanbul’da yapılacaktır. Evde kan alma hizmeti için 7 gün 24 saat 444 74 55 (3’ü tuşlayarak) numaradan hizmet alınabilir.

Muayene ise online olarak ‘Dijital Muayene Cihazı’ üzerinden gerçekleştirilecektir.

Check Up Paneli:

HEMŞİRE / TEKNİSYEN HİZMETİ (0-2 SAAT)

Online Muayene / Koç Sağlığım Yanımda Dahiliye

EKG

İDRAR ANALİZİ (Tam Otomatik)

Alanin Aminotransferaz (ALT)

Aspartat Aminotransferaz (AST)



Gamma Glutamil Transferaz (GGT)

Glikozil Hemoglobin (HbA1c)

Glukoz

Kolesterol, total

Ürik Asit

Tiroid Stimulan Hormon (TSH)

Laktat Dehidrogenaz (LDH)

Folik asit

Kolesterol, VLDL

Kan Üre azotu

Lökosit formülü

CRP

Hemogram

Kreatinin, serum

Trigliseritler

Alkalen Fosfataz (ALP), serum

İnsülin

Kolesterol, HDL

Kolesterol, LDL

AXA SİGORTA A.Ş.



D.TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

Sigortalı/sigortalıların poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıklar ile ilgili her türlü sağlık harcamaları poliçe kapsamı dışındadır.

Ayrıca aşağıda yazılı haller ve bu hallere bağlı olarak gelişen sebep, sonuç, nöks ve komplikasyonlar nedeniyle; sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır. Teminat dışı hallerde belirtilmemiş olsa da yeni kullanılmaya başlanan tedavi yöntemleri için AXA Sigorta A.Ş.'nin vereceği karar doğrultusunda ödeme koşulları belirlenecektir.

Teminat dışı haller kapsamında yeralan hastalıkların ilk teşhisleri için spesifik olarak yapılan tetkikler, sonucuna bakılmaksızın karşılanmayacaktır.

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 sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa dahi poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıklar ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, metastazları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüks ve komplikasyonları (insizyonel herni, adezyolizis, nüksler, implantların

çıkartılması vb. giderleri

10. ICD-10 (uluslararası hastalık sınıflandırma kodları) sınıflandırmasında Q-00 ve Q-

99 arasında yer alan konjenital hastalıklar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri başlığı altında yer alan tüm hastalıklar konjenital (doğumsal) hastalık olarak nitelendirilir. Bu sınıflamaya giren tüm harcamalar kapsam dışıdır.

11. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar (doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar), 6 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, hemoglobin elektroforezi, fenilketonüri testleri, 7 yaşına kadar olan tiroid testleri, yenidoğan metabolik tarama testleri, el'bilek grafileri, inmemiş ve retraktıl testis, polikistik böbrek, çölyak, FMF, pes planus, konjenital kalp hastalıkları (ASD, VSD.) veziko üreteral reflü-VUR tetkikleri vb.),

12. Her türlü omurga şekil bozukluğu /eğriliği ile ilgili her türlü tetkik ve tedavi gideri,

13. Kordon kani alımı, saklanması ve kordon kani bankasına ilişkin giderler,

14. Kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,

15. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi, teşhis ve nakil işlemleri,

16. Alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),

17. Kuduz ve tetanos dışındaki tüm aşılarda,

18. 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,

19. Sigorta başlangıç tarihinden itibaren sigortalının geçirebileceği bir kazanın gerektirdiği haller dışında her türlü plastik ameliyatlar, estetik amaçlı muayene, teşhis ve tedaviler, jinekomasti, cinsiyet değiştirme ameliyatları, nedeni her ne olursa olsun meme küçültme/büyütme ameliyatı, aksesuar meme ile ilgili tüm giderler, rectus diastazı, karın germe ameliyatları, lazerli epilasyon, telenjektazi, ksantalezma, cilt hemonjiomlarına yönelik tedaviler, nedeni her ne olursa olsun labial füzyon ile ilgili muayane, teşhis ve tedavi masrafları, terleme tedavisi, iyontoforez, göz kapağı ve çevresi estetiği

20. Her türlü cilt hastalığı ile ilgili lazer ve fototerapi uygulamaları (puva tedavisi hariç), Cilt bakımı, cilt lekeleri, çatlaklar ile ilgili giderler; her türlü şampuan ve saç losyonları; kozmetik sabun ve kremler; saç dökülmesine ve kepeklenmeye yönelik her türlü ilaç ve müdahale, solüsyon ve şampuan; ıtriya, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.

21. Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması, 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.), gömülü penis teşhis ve tedavi masrafları, cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), çocuk istemi nedenli kontrol amaçlı yapılan muayene, tetkik, kontrol ve tedaviler, cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri, genital herpes, genital ve anal papillamatöz lezyonlar (sigiller, kondiloma akkümünata vb.), genital molluscum contagiosum tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyonları,

22. Kısırlıkla ilgisi olsun ya da olmasın, her türlü varikosele, spermatosele, hidrosele ait giderler, kordon kisti ve epididim kistlerinin muayene, teşhis ve tedavi masrafları,

23. Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, burun meadarı, SMR, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile, Uyku bozuklukları, uyku apnesi ve horlamaya yol açan veya horlama nedenli tüm rahatsızlıkların (uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri) muayene, teşhis, tedavi ve yardımcı cihaz masrafları, Septum deviasyonu, burun meadarı ve nazal valv cerrahisi ile ilgili masraflar,

Septum deviasyonu ve konka cerrahisi (konka bülloza, koterizasyon ve rezeksiyonu vb.) giderleri, ÖBYG almış, AXA Dijital Sağlık Sigortası ürününde 3 yılını doldurmuş olması



halinde 4. yılı itibari ile AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network anlaşmalı kurumlarında ve kurumun kadrolu AXA anlaşmalı doktoru tarafından yapılması halinde limitsiz %100'lü olarak kapsam dâhilindedir.

24. Yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (kleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),

25. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı, uyku cihazı eşliğinde yapılan (cihaz titrasyonu vb) testler, cihazın bakım ve kalibrasyonuna ait giderler, holter cihazı, işitme cihazı vb.), Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı tanımlarında belirtilmemiş her türlü tıbbi malzeme giderleri,

26. Gebelik Takip Giderleri Teminatı kapsamında yer alan tüm sağlık giderleri, ek teminat olarak poliçeye dahil edilmemiş ise doğum ve yenidoğan bebek giderleri,

27. Gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları,

28. Konuşma ve ses terapisi,

29. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık, göz kayması ve görme tembelliği ile ilgili giderler, multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler, trifocal lensler

30. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi, temtoparamandibuler eklem hastalıkları ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,

31. 92 günden sonra yurtdışında gerçekleşen tüm tedavi masrafları. (İlgili yurtdışı ayakta tedavi, yurt dışı yatarak tedavi teminatlarının olması şartı ile)

32. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, Organ sağlanması ya da donör için yapılan tüm masraflar,

33. Evde bakım teminatı kapsamı dışındaki özel hemşirelik hizmetlerine ait giderler, yardımcı sağlık personeli giderleri,

34. Çocuk bakım ücretleri, çocuk mamaları, çocuk bezleri, bebek bakım kremleri, biberon ve emzikler vb.,



35. Sağlık hizmeti ile direkt ilgisi olmayan aşağıda detayları belirtilmiş olan her türlü gider

a. Sigortalının tanı, tedavi sürecinde yapılırsa dahi her türlü ulaşım ve konaklama giderleri ile yurt dışından ithal edilen ilaçların gümrük masrafları,

b. Telefon, internet, televizyon, kafeterya, minibar, idari hizmet ve paramedikal servis ücretleri gibi tanı ve tedavi ile doğrudan ilgili olmayan giderler,

c. Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanmasına ve ulaştırılmasına ait her türlü gider,

36. Tüm alternatif tedaviler, tıp yöntemleri, (Resmi Gazete tarafından yayınlanmış, Sağlık Bakanlığı'nca Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulaması olarak kabul edilen her türlü uygulama; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, karyopraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, aromaterapi, vb), magnetoterapi, fitoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, şiroprakti, PRP (Platelet Rich Plasma) reiki, ayurveda vb.-)

Kondromembran uygulamaları, kinezyo bant, proloterapi, stromal vasküler fraksiyon (svf), mozaikplasti, allogreft, ksenogreft giderleri, 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; FTR uzmanınca düzenlenen tedaviler dışında kalan manual terapi v.b

37. Jimnastik salonları, alternatif tıp merkezleri, kaplıca, rehabilitasyon merkezleri, zayıflama merkezleri, ayak sağlığı merkezleri, anti aging ve well-being merkezleri,

spa ve güzellik 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.),

38. Vücudun günlük ihtiyacını karşılamak ve/veya genel sağlığı korumak ve desteklemek amacı ile kullanılan, ilaç niteliğinde olmayan destekleyici veya bağışıklığı artırıcı ürünler, bitkisel ilaçlar, gıda takviyeleri ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ithal ilaçlar, Tarım Bakanlığı ruhsatı ile satılan ilaçlar, bitkisel Tıbbi ürün (GBTÜ) ruhsatlı bitkisel ilaçlar ilaç formunda hazırlanmış bitki ve bitki elemanları ile bitkisel



ekstre distilat gibi fraksiyonları ihtiva edenler, Food and Drug Administration (FDA) onayı almamış tüm ilaç niteliğindeki (maddeler,(Pharmaton, umca, immuneks, esbertitox, sinüs rınce, lid care, seven seans, minadex, vitagil, osteo bi flex,.. .vb)

39. Tıbbi cemiyet, üniversite hastaneleri veya diğer tıbbi otoriteler tarafından deneysel aşamada olduğu iletilen; üzerinde deneysel çalışmaların sürdürüldüğü tespit edilen deneysel ve araştırma niteliğindeki tüm ilgili işlem , tedavi ,malzemeler ve gereklilik, etkinlik ve güvenilirlikleri Amerikan gıda ve ilaç dairesi ("FDA") veya Sağlık Bakanlığının Sağlık Uygulama Tebliğindeki (SUT) yer almayan kabul edilmemiş, tüm tıbbi girişim, uygulama ve tedaviler (her türlü gıda intolerans testi, imo pro 300,vega test, york.. vb..) kapsam dışıdır.

40. 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.

41. 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,

42. 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.

43. 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

44. Tehlikeli sporların (her tür amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşütçülük, parasailing, yamaç paraşütü, havada yolculuk dışı uçuş, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış, su altı sporları, binicilik, rally, motokros, vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri kapsam dışıdır. Ancak, profesyonel olarak icra edilen faaliyetler; profesyonel olsun olmasın yarış sırasında meydana gelecek sağlık giderleri yine teminat dışı olmak kaydı ile, sayılan faaliyetlerin hobi amaçlı yapılması sırasında oluşabilecek sağlık giderleri poliçe limit ve teminatları doğrultusunda karşılanır. Otomobil ve motosiklet yarışları dahil olmak üzere her türlü spor müsabakası sırasında sporculara ait sağlık masrafları, poliçe kapsamı dışındadır.

45. Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar,



46. Yatarak tedavi teminatı kapsamında olan 180 günü aşan tedavi giderleri,
47. 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,
48. Doktorlardan ve sağlık kurumlarından kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle oluşan giderler,
49. Sigortalının hastalığı ile uzmanlık alanı uyuşmayan doktorlardan alınan sağlık hizmeti giderleri ve doktor lisansına sahip olsa dahi aile bireyleri tarafından yapılan tedavi giderleri, mevcut tıp uzmanlığı dışında kilo kontrol bozuklukları ile de ilgilenen doktorlardan gelen kendi branşı ile ilgili dahi olsa muayene, tetkik, tedavi giderleri,
50. Anlaşmalı kurumlara ait faturalarda AXA Sigorta A.Ş. anlaşmalı fiyatları dışındaki işlem fiyatları,
51. Poliçelerde belirtilmiş olan check up teminatları hariç olmak üzere sigortalının herhangi bir hastalığı olmadan tetkik ya da korunma amacıyla (profilaktik) yaptırılan doktor muayene ve laboratuvar / röntgen v.b. uygulamaları, cerrahi işlemler (risk azaltıcı cerrahiler), tedaviler, hastalıkların erken tanısına yönelik kontrol amaçlı paneller, tarama testleri ve uygulamalar, kanser tanısı olmaksızın talep edilen kontrol amaçlı kanser tarama tetkikleri, aşılama kontrol testleri, viral markerlar, check-up'lar, ilaç ve aşı (Kuduz, tetanos masrafları hariç) masrafları,
52. Diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler,
53. TTB-HUV Tarifesi' nde yer almayan her türlü işlem, girişim ve tedavi yöntemi,
54. Sigorta şirketince provizyon onayı verilmiş ve zorunlu tıbbi gerekliliği olması şartı ile Robotik cerrahi ile ilgili malzeme giderleri 10.000 usd ile sınırlıdır.
55. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) kapsam dışıdır.



56. TTB-HUV' de Elektron Beam Tomografi (EBT) adı altında geçen işlemler, Elektron Tomografi (EBT), Volüme Bilgisayarlı Tomografi (VCT) ve benzeri cihazlar ile yapılan koroner arter kalsiyum tarama testi, çok dedektörlü bilgisayarlı tomografi cihazları ile yapılan koroner arter angiografileri (sanal anjio) tarama amaçlı sanal bronkoskopi, sanal kolonoskopi masrafları, kapsül endoskopi ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler,

57. Başka bir şirketten alınan transfer poliçelerde Gebelik Takip Giderleri ve Doğum

Teminatı kapsamına giren tüm giderler ilk yıl kapsam dışıdır.

58. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası,

59. Sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası, günlük hastane giderleri teminatı (poliçede yer alan evde bakım teminatı kapsamındaki giderler hariçtir)

60. Ek teminat olarak poliçeye dahil edilmemiş ise Yurtdışı Sağlık giderleri

61. AXA SİGORTA A. Ş'ye ait www.axasigorta.com.tr adresli web sayfasında "Online

İşlemler" adımı altında bulunan 'Teminat Dışı Kalan Kurumlar Listesi'nde yer alan kurumlara ve doktorlara ait her türlü gider,

62. Özel şartlarda belirtilen Dijital Ayakta Tedavi Teminatları ve Diğer Ayakta Tedavi teminatları dışındaki; Doktor muayene, ilaç, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi, 0-6 yaş çocuk aşıları gibi tüm ayakta tedavi giderleri

63-Beyin ameliyatları hariç navigasyon ücretleri

64.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.

Ferdi Kaza Sigortası teminatlarına ilişkin olarak Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nda yer alan kapsam dışı hallerin tamamı kapsam dışındadır.

E. SİGORTALIYA ÖZEL EK ŞARTLAR (KAPSAM DIŞI DURUMLAR, EK PRİM UYGULAMASI, KATILIM PAYI, HASTALIK ÜST LİMİTİ) / /KISITLAMALAR / SİGORTALI KATILIM/İŞTİRAK ORANLARI / KLOZLAR

Police tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı tarafından başvuru formu doldurulduğu hallerde, kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Formun doldurulmadığı hallerde dahi Türk Ticaret Kanunu ve sigortacılık mevzuatı uyarınca sigortalının mevcut hastalık/rahatsızlıklarına ilişkin olarak sigortacıya her durumda beyanda bulunma yükümlülüğü mevcuttur.

Sigorta ürününü talep etmeniz durumunda daha önceden geçirmiş olduğunuz hastalıklar / sağlık geçmişinize göre AXA Sigorta tarafından yapılacak medikal değerlendirme sonucu police kapsamına alınacak sigortalıya özel ek şartlar getirilmesi, sigorta ürününde sunulan bazı teminatların kapsam dışı kalması ve/veya kapsamının daraltılması mümkün olabilecektir. Bu nedenle sözleşmenin kurulması esnasında vermiş olduğunuz bilgiler Sigorta Şirketi'nin değerlendirmeleri bakımından kritik öneme sahiptir. Sözleşmenin kurulması esnasında hatalı ya da eksik bilgi vermeniz halinde, Türk Ticaret Kanunu ve sigortacılık mevzuatı uyarınca teminattan yararlanamamanız söz konusu olabilir.

Hiçbir Sigortacı ve reasürör verilen bir teminatın ya da ödemekle yükümlü olduğu bir hasarın ya da sağladığı bir menfaatin, o Sigortacıyı ve reasürörü Birleşmiş Milletler kararları ya da Avrupa Birliği'nin, Birleşik Krallık'ın ya da Amerika Birleşik Devletleri'nin ticari ve ekonomik yaptırıma, yasağa ya da kısıtlamaya maruz bırakması durumunda ve bıraktığı ölçüde o teminatı vermiş ya da o hasarı ödemekle yükümlü hale gelmiş ya da menfaati sağlamış sayılmayacaktır.

Kısıtlamalar ve Sigortalı Katılım/İştirak oranları

1.Yatarak Tedavi Teminatı Kısıtlamaları

Bir sigortalılık yılı süresince yatarak tedavi teminatının geçerli olduğu süre 180 gündür. Yoğun Bakım Teminatı kapsamında kullanılan süreler Yatarak Tedavi Teminatı süresinden düşülecek olup, 180 günün en fazla 90 günü yoğun bakım teminatı kapsamında kullanılabilir.



Yatarak tedavi kapsamında yer alan ameliyat, işlem, girişim, tetkik, tedavi, takip ve konsültasyonu hastanenin kadrosu dışında bir doktorun gerçekleştirmesi halinde ise, **doktor ücreti en fazla TTB-HUV Tarifesi'nin iki katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.**

Anlaşmasız bir sağlık kurumunda gerçekleşen Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz, Küçük Müdahale teminatları kapsamındaki her türlü doktor ücretleri, ameliyat, işlem, girişim, tetkik, tedavi, takip ve konsültasyon **ücretleri** TTB-HUV ile; hastane oda-yemek ve refakatçi giderleri günlük 50\$ ile (fatura tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru üzerinden "TL" olarak hesaplanır) ameliyathane açılış ücretleri TTB-HUV' deki ilgili ameliyatın operatör ücretlerinin % 30'u ile sınırlıdır.

İşbu Özel Şartlarda acil tanımında yer alan hastalık ve durumlar için başvurulması halinde anlaşmasız kurumdaki işlemler TTB-HUV Tarifesi' nin 2 (iki) katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.

Yatarak tedavi kapsamında yer alan Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi (30 seans) ve Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi sadece AXA Sigorta A.Ş. Anlaşmalı Sağlık Kurumlarında gerçekleşmesi halinde teminat kapsamındadır

İşbu Bilgilendirme Metni'nde acil tanımında yer alan hastalık ve durumlar için başvurulması halinde anlaşmasız kurumdaki işlemler TTB-HUV Tarifesi' nin 2 (iki) katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.

2.Yoğun Bakım Teminatı Kısıtlamaları

Yoğun bakım teminatı yıllık 90 (doksan) gün ile sınırlıdır.

3.Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı Kısıtlamaları

Yılda 30 (otuz) seansla sınırlı olmak üzere sigortalı tarafından sadece AXA anlaşmalı kurumlarından hizmet alınması durumunda geçerlidir.

Bu yatışlarda fizik tedavi ücreti dışında kalan giderler (oda, refakat, yemek, doktor takip ücreti vb.) karşılanmaz.

Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı yıllık 30 (otuz) seans ile sınırlıdır.

Tedavinin birden fazla vücut bölgesine uygulanması durumunda her bölge 1 (bir) seans olarak işleme alınır.



Sigortalının, nörolojik hastalıklar, ağır travma, el-kol-bacak amputasyonu vb. sonrası yitirdiği yaşam aktivitelerini (koltuk değnekli veya değneksiz yürüme, yeme içme, elbise giyip çıkarma, tuvalete oturma, merdiven inip çıkma) yeniden kazanabilmesi için kendisine verilen fonksiyonel eğitim (rehabilitasyon) ile ilgili tüm giderleri, tedavinin hastanede yatarak yapılması ve bu durumun AXA Sigorta A.Ş. tarafından kabul edilmesi koşuluyla, poliçede belirtilen Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatının yıllık limit, iştirak oranı ve yıllık seans sayısı ile sınırlı kalmak koşulu ile ödenir. Ayrıca, oda-yemek-refakatçi, doktor takibi vb. diğer teminatlar yürürlüğe girmez.

4. Ameliyat Sonrası Ayakta Tedavi Teminatı : (Teminatın poliçede yer alması durumunda)

Sadece AXA Yatarak tedavili poliçelerde geçerlidir.

Sigortalının hastanede gördüğü yatarak tedavinin devamı niteliğini taşıyan ameliyat sonrası ayakta tedavi masraflarını poliçede belirtilen teminat limit ve uygulaması dahilinde temin eder.

Ameliyat Sonrası Ayakta tedavi teminatı için, poliçede belirtilen bitiş tarihi aşılmamak kaydı ile sigortalının hastaneden taburcu oluşunu takip eden 30 gün içerisinde aynı hastalık için yapılan tedavi masrafları karşılanır.

Anlaşmasız bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen doktor muayene teminatı kapsamındaki her türlü doktor ücretleri ;

En fazla TTB-HUV Tarifesi`nin 2 katı ve poliçede belirtilen sigortalı katılım payı ile karşılanır.

Anlaşmasız bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen, İlaç ve 0-6 Yaş Çocuk Aşıları teminatları kapsamı dışında kalan ayakta tedavi teminatı tanımına giren diğer tüm giderler (Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri, İleri Tanı Yöntemleri, Fizik Tedavi) ise, En fazla TTB-HUV Tarifesi kadar ve poliçede belirtilen katılım payı ile sınırlı olacak şekilde karşılanır.

5.Evde Bakım Teminatı Kısıtlamaları

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

Sigorta şirketi tıbbi endikasyon olup olmadığını kontrol eder ve evde bakım gerektiğine karar verirse organizasyon sigorta şirketi tarafından gerçekleştirilir, aksi halde tedavi masrafları kapsam dışıdır.



6. Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi

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 ameliyatlara poliçe kapsamı dışındadır.

Trafik kazası sonrası diş tedavisi TDP (Türk Diş Hekimleri Birliği) Ağız Diş Sağlığı Muayene ve Tedavi Ücret Tarifesi birimleri ile sınırlı olacak şekilde karşılanır.

7. Kontrol Amaçlı Mamografi ve Meme Ultrasonografi / Kontrol Amaçlı PSA

Yılda 1 (bir) defa ile sınırlı olmak üzere sadece AXA anlaşmalı kurumlarından hizmet alınması durumunda geçerlidir.

8. Kontrol Amaçlı Kemik Yoğunluğu Ölçümü (Densitometri) Teminatı

50 ve üzeri yaşlardaki kadın sigortalılar için AXA anlaşmalı kurumlardan hizmet alınması durumunda geçerlidir.

9. Yurtdışı Yatarak Tedavi (Poliçede yer alması durumunda geçerlidir.)

Poliçe kapsamında 'Yurt dışı Yatarak Tedavi' ek teminatı varsa; sağlık giderleri aşağıda belirtilen şartlarla tüm dünyada geçerlidir.

Yurtdışında gerçekleşen Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi ve Radyoterapi kapsamına giren sağlık giderleri yıllık poliçede belirtilen üst limit ve % 20 katılım payı ile Yurtdışı Yatarak Tedavi teminatından karşılanır.

Yurtdışında yapılan tedavilere ait giderler, tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Efektif Satış kuru esas alınarak teminat limit, iştirak oranı ve Özel Şartlar çerçevesinde Türk Lirası olarak ödenir.

92 günden fazla yurtdışında kalınması halinde 92. günden sonra gerçekleşen Yatarak Tedavi Masrafları poliçe kapsamı dışındadır. Sigortalının yurda giriş yapmasından sonra ilgili 92 günlük süre yeniden başlar.

Yurtdışında gerçekleşen tıbbi hizmetlere ilişkin ayakta tedavi ve ilaç giderleri (Doktor muayene, İlaç giderleri, 0-6 Yaş Çocuk Aşıları, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri, İleri Tanı Yöntemleri, Fizik Tedavi) bu teminat kapsamında karşılanmaz.



F. Teminatlara İlişkin Bekleme Süreleri

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar/nüks/metastaz 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.

Şu kadar ki; Sigortacı, sigortalı/sigorta ettirenin beyanını/belgeleri değerlendirerek poliçe ekine yazmak kaydı ile aşağıda belirtilen bu hastalıklara ait bekleme sürelerini uzatabileceği gibi, bunlar dışındaki hastalıklara da bekleme süresi koyabilir.

Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar/nüks/metastaz 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.

Şu kadar ki; Sigortacı, sigortalı/sigorta ettirenin beyanını/belgeleri değerlendirerek poliçe ekine yazmak kaydı ile aşağıda belirtilen bu hastalıklara ait bekleme sürelerini uzatabileceği gibi, bunlar dışındaki hastalıklara da bekleme süresi koyabilir.

- Polip, lipom, kist, nodül ve benzeri oluşumlar ile malign karakter içermeyen her türlü iyi huylu kitle/kist, nevüs (ben), siğil (verruca) higroma, nöroma, kist hidatik vb.
- Bademcik, geniz eti hastalıkları, kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı-cerrahisi,
- Her türlü fitik (kasık fitiği, karın, hiatal, iç organ (teminat dışı hallerde belirtilen durumlar hariç)
- Anorektal hastalıklar (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.),
- Özofagus, Mide ve Duedonum Hastalıkları, İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları (Ülseratif Kolit, Chron), Barsak Divertikülleri, Polipleri
- Safra kesesi vesafra yolu hastalıkları ve üriner sistemin taşlı hastalıkları,
- Varis (özefagus varisleri dahil),
- Rahim, yumurtalık ve tüp hastalıkları (Over Kisti, Myom, Bartolin Absesi/Kisti, endometriozis, endometrioma) meme hastalıkları stres inkontinans, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması),
- Omurga ve disk hastalıkları, her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.),
- Kalça, Omuz, Dirsek, Diz, El, Ayak eklemi hastalıkları (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu, koksartroz, gonartroz, menisküs, kıkırdak, sinovya ve bağ lezyonları, tetik parmak, çekiç parmak vb.)
- Katarakt, Retina Hastalıkları, Glokom,
- Tiroit Bezi Hastalıkları/Guatr



- Multiple Skleroz (MS) ve Lupus (SLE),
- Kist Hidatik,
- Kaza hariç organ nakilleri,
- Tuzak nöropatiler, karpal tünel sendromu, halluks valgus/rigidus, tetik parmak,
- İnvaziv teşhis yöntemleri (ERCP, Diagnostik Laporoskopi, Diagnostik artroskopi vb.),
- Her türlü fizik tedavi ve rehabilitasyon, algoloji masraflarına ait giderler
- Gebelik Takip Giderleri kapsamına giren tüm giderler. (Poliçede ilgili teminatın olması durumunda)

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarına İlişkin Kloz

Yurt içindeki AXA Sigorta A.Ş. Anlaşmalı sağlık kurumlarında hastanenin kadrolu doktorları tarafından yürütülen yatarak tedavi teminatı kapsamındaki tüm işlemler poliçede belirtilen yıllık üst limit ile ilgili teminatından karşılanır.

Anlaşmalı Kurum ağında yer alan bir sağlık kurumuna başvurulması halinde resmi kimlik belgesinin ibrazı ile poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartları ve **AXA Dijital Sağlık Sigortası 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. AXA SİGORTA A.Ş.'nin bu anlaşmalı kurumlarda değişiklik yapma hakkı saklıdır. Sigortalılar, güncel anlaşmalı kurum isimlerini www.axasigorta.com.tr adresinden takip edebilirler.

Yatarak tedavi gerektiren durumlar için yatışı takiben en geç 24 saat içinde AXA Sigorta A.Ş.'ye Yatarak Tedavi Provizyon Formu doldurularak iletilmelidir. Bu sürenin aşılması halinde AXA Sigorta A.Ş.'nin direkt ödeme yapmama yetkisi saklıdır.

Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede yatarak yapılan tedavisinin devam ettiği durumlarda, poliçenin AXA Sigorta'dan ya da bir başka sigorta şirketinden yenilenmemesi şartıyla, bu tedaviler poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçmemek kaydıyla Yatarak Tedavi Masrafları Teminatı kapsamındadır.

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

Sigortalı, madde 8'de belirtilen belgeler ile birlikte daha sonra AXA Sigorta A.Ş. 'den tazminat talebinde bulunur. 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.



AXA Sigorta A.Ş.’nin “**AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network**” uygulaması, bu uygulamanın başlatıldığı illerde, bu sistemde yer alan kurumlarda gerçekleşen aşağıda belirtilen işlemleri kapsamaktadır.

“**AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network**” sağlık kurumlarında tanı amaçlı yapılan gastrointestinal sisteme yönelik endoskopi işlemleri (kolonoskopi, gastroskopi, gastroduodenoskopi, rektoskopi vb) endoskopi teminatı ile limitsiz ve %100’lü ödenir.

“**AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network**” kurumlarında gerçekleşecek olan TTB-HUV Tarifesi 200 birim ve üzeri ameliyatlarda kişinin hastaneden taburcu olmasını takiben, sigortalının başvurusu ile AXA Sigorta A.Ş. tarafından **Ameliyat Destek Teminatı ile olay başına 1.500 TL (Bin beş yüz Türk Lirası)** tazminat ödemesi gerçekleştirilir.

“**AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network**” anlaşmalı kurumlarında ve kurumun kadrolu AXA anlaşmalı doktoru tarafından yapılması ÖBYG (Ömür Boyu Yenileme Garantisi) almış, **AXA Dijital Sağlık Sigortası** ürününde **3 yılını doldurmuş olması halinde 4. yılı itibari ile Septum deviasyonu ve konka cerrahisi (konka bülloza, koterizasyon ve rezeksiyonu vb.) giderleri limitsiz %100 ‘lü olarak kapsam dâhilindedir.**

“**AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network**” kurumlarında ameliyatlarını gerçekleştiren AXA Sigorta sağlık sigortalıları; ameliyatlarından 15 gün sonrasına kadar AXA Bağımsız Yaşam Hattı içerisinde bulunan temizlik görevlisi desteği (yılda 1 kez) ile günlük market alışveriş desteği organizasyonun sağlanması ve ev içi tamir ve tadilat organizasyon hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Ayrıca hizmet kapsamında sunulan müzik platformlarında 1 ay ücretsiz üyelik imkânı sayesinde sayısız müzik ve podcast içeriğinden faydalanabilmektedir. Bu hizmetler AXA Partners tarafından sağlanan organizasyon hizmetlerini kapsamaktadır.

G. COĞRAFİ KAPSAM

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti hudutları içerisinde ikamet edenleri kapsar. Yurtdışında kalıcı olarak ikamet eden kişilere sağlık poliçesi tanzim edilemez.

Kişilerin kalıcı ikametinin (Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Adres Veritabanı Sistemi UAVT) Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde olması ve 1 yıldan az süreli olmak koşulu ile; iş veya eğitim amaçlı yurt dışına gidecek olan sigortalı adayları için; AXA Sigorta Dijital Sağlık Sigorta ürününden poliçe düzenlenebilir. AXA Sigorta Dijital sağlık sigortası kapsamındaki Dijital ayakta tedavi teminatlarından faydalanmak için dijital muayene cihazı



(Tytocare) internet erişiminin olduğu her yerden kullanılabilir ancak yurt dışından gerçekleşen dijital muayeneler sonrası talep edilebilecek ilaç ve laboratuvar hizmetleri teminatına ilişkin faturalar kapsam dışında olacaktır.

1 yıldan uzun süreli yurt dışında kalacak kişiler için AXA Dijital Sağlık Sigorta poliçesi düzenlenemez.

Poliçe kapsamında ‘Yurt dışı Yatarak Tedavi’ ek teminatı varsa; sağlık giderleri aşağıda belirtilen şartlarla tüm dünyada geçerlidir.

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti hudutları içerisinde ikamet edenleri kapsar. Yurtdışında kalıcı olarak ikamet eden kişilere sağlık poliçesi tanzim edilemez.

- a. Yurtdışında gerçekleşen Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi ve Radyoterapi kapsamına giren sağlık giderleri poliçede belirtilen yıllık üst limit ve %20 katılım payı ile Yurtdışı Yatarak Tedavi teminatından karşılanır.**

Yurtdışında yapılan tedavilere ait giderler, tedavinin yapıldığı ülke parasının fatura tarihindeki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Efektif Satış kuru esas alınarak teminat limit, iştirak oranı ve Özel Şartlar çerçevesinde Türk Lirası olarak ödenir.

92 günden fazla yurtdışında kalınması halinde 92. günden sonra gerçekleşen Yatarak Tedavi Masrafları ödenmez. Sigorta Sigorta Şirketi'nin yapacağı maksimum ödeme poliçede yazılı Yurtdışı Yatarak Tedavi Giderleri yıllık limit ve iştirak oranını geçemez. Sigortalının yurda giriş yapmasından sonra ilgili 92 günlük süre yeniden başlar.

- b. Yurtiçi ve yurtdışında gerçekleşen tıbbi hizmetlere ilişkin ayakta tedavi ve ilaç giderleri karşılanmaz.**

H. SÖZLEŞME SÜRESİNDEKİ YÜKÜMLÜLÜKLER VE TAZMİNATA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

1. Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı tarafından başvuru formu doldurulduğu hallerde, kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Formun doldurulmadığı hallerde dahi Türk Ticaret Kanunu ve sigortacılık mevzuatı uyarınca sigortalının mevcut hastalık/rahatsızlıklarına ilişkin olarak sigortacıya her durumda beyanda bulunma,



kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları bildirme yükümlülüğü mevcuttur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkânlarla ilave olarak, sigorta ettiren ve/veya sigortalının beyan yükümlülüğüne aykırı hareket etmesi, beyanlarının 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 1439. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi uyarınca sigortacı poliçeden cayabilir ve sigortacının sigorta tazminatını ödeme borcu ortadan kalkabilir.

2.Sigortalı adaylarının sağlık durumlarına istinaden poliçelere mevcut sağlık sorunlarına yönelik muafiyet uygulanabilir, bu riskler için ek prim talep edilebilir veya katılım protokolü uygulanabilir.

3.Sözleşmenin yapılmasından sonra, sigorta şirketinin izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana getirilen değişikliklerin sekiz gün içinde Sağlık Sigortası Genel Şartları 7. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.

4.Başvuru reddi, poliçe iptali işlemleri sigorta ettirenin yazılı beyanına istinaden işleme alınmaktadır.

5.Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçede alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Lütfen gerekli olan evrakları öğrenmek için sigorta şirketinden bilgi isteyiniz.

6.Rizikonun gerçekleşmesi durumunda 8 gün içinde, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres ve telefonları yer alan sigorta şirketine bilgi verilir.

7.Anlaşmasız kurumlara ait 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.

Yenileme / Ömür Boyu Yenileme

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.



İlk kez AXA Dijital Sağlık Sigortası ürünü ve dijital muayene cihazı alan sigortalılar için bir sonraki yenileme döneminde yeniden dijital muayene cihazı gönderilmeyecektir. Dijital muayene cihazı ile teminat sağlanan Dijital Ayakta Tedavi teminatları yenilenecektir.

Sigortacı, yenilenen poliçeye kullanım fazlalığı veya hastalık riski nedeniyle ek prim, katılım protokolü uygulayabilir veya bazı riskleri 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.

Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı tarafından başvuru formu doldurulduğu hallerde, kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Formun doldurulmadığı hallerde dahi Türk Ticaret Kanunu ve sigortacılık mevzuatı uyarınca sigortalının mevcut hastalık/rahatsızlıklarına ilişkin olarak sigortacıya her durumda beyanda bulunma, kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları bildirme yükümlülüğü mevcuttur.

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve ilgili mevzuat uyarınca tanınan hak ve imkânlarla ilave olarak, sigorta ettiren ve/veya sigortalının beyan yükümlülüğüne aykırı hareket etmesi, beyanlarının 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 Kanunu'nun 1439. ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nın 6. Maddesi uyarınca sigortacı poliçeden cayabilir ve sigortacının sigorta tazminatını ödeme borcu ortadan kalkabilir.

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



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.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi: AXA SİGORTA A.Ş. de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 64 yaşında olan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi için sağlık durumlarına göre değerlendirilirler. Yapılan değerlendirme sonucu kronik rahatsızlıkları olmayan ve sağlık durumu sigorta şirketi tarafından uygun bulunan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanırlar.

Yenileme garantisi verebilmek için sigortalılardan güncel durumları ile ilgili sağlık beyanı alınır ve değerlendirme ona göre yapılır.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilmesi esnasında ek prim, katılım protokolü, üst limit uygulanabilir veya bazı sağlık riskleri poliçe kapsamı dışında bırakılabilir.

Kronik hastalığı olan kişilere ve mevcut sağlık durumunun gelecekte sağlık riski oluşturma ihtimali olan kişilere yenileme garantisi verilmez.

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 girişi yapılacak olan bebeklerin sağlık durumlarının sigorta şirketi risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunması bu konudaki ön şarttır.

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, ek prim, üst limit ve katılım protokolü uygulanmaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalılara poliçe dönemi içerisinde yaptıkları harcamalardan dolayı kişiye özel kullanıma bağlı ek prim uygulanmaz.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalılara bu hakkı kazandıkları anda sahip oldukları sağlık ürün ve planı üzerinden poliçe yenilemesi yapılacağı garantisi verilir. İlgili ürün ve plana ait şartlar ve bilgiler sigortalı aleyhine değiştirilmez, teminat kapsamı daraltılmaz,



katılım payı arttırılmaz, özel şartlarda aleyhine değişiklik yapılmaz. 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 poliçenizin özel şartlarında teminat dışı kalan haller bölümünde yer alan ‘Ameliyat nedenine bakılmaksızın horlama tedavisi ve ameliyatları, için her türlü omurga şekil bozukluğu ameliyatları ve giderleri, 6 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fitıkları ile ilgili ameliyat ve giderlerini kapsamaz.

Septum deviasyonu ve konka cerrahisi (konka bülloza, koterizasyon ve rezeksiyonu vb.) giderleri, ÖBYG almış, AXA Dijital Sağlık Sigortası ürününde de 3 yılını doldurmuş olması halinde 4. yılı itibari ile AXA Dijital Sağlık Sigortası Avantajlı Network anlaşmalı kurumlarında ve kurumun kadrolu AXA anlaşmalı doktoru tarafından yapılması halinde limitsiz %100'lü olarak kapsam dâhilindedir.

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 şirketin risk kabul uzmanları tarafından değerlendirmeye alınarak uygun görülenler için izin verilir. 61 yaşından büyük sigortalılar daha geniş kapsamlı ürüne geçiş yapamazlar.

Yenileme garantisi alan kişilerin yenileme garantisi aldıkları tarihten sonra uygulamaya konan teknolojik tanı ve tedavi yöntemleri için ödeme garantisi verilmez. Yenileme garantisi alındıktan sonraki tarihlerde yeni çıkan/uygulamaya alınan tıbbi metot ve teknolojiler için ödeme yapılma kararı sigorta şirketinin değerlendirmesine tabiidir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi verilen sigortalının, sağlık beyanlarında poliçe primi ve/veya sigortalıya ait ek şartları değiştirecek gerçeğe aykırılık veya eksiklik saptanırsa, sigortacı vermiş olduğu yenileme garantisinden cayma hakkına sahiptir. Böyle bir durumda poliçe Sağlık Sigortası Genel Şartlarının ilgili maddesi uyarınca iptal edilebilir, ek prim, katılım, üst limit gibi uygulamalar ile devam ettirilebilir veya ilgili sağlık riski kapsam dışı bırakılabilir.

Yeni Giriş İşlemleri

Bu sigorta Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet eden 0-61 yaş arasında bulunan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerlidir.

15 günlükten büyük, 18 yaşından küçük çocuklar tek başına sigorta kapsamında alınamazlar, aile poliçesi kapsamında sigortalanabilirler. Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları 24 yaşına kadar (24 dahil) aynı poliçede teminata dahil edilebilirler. Sigorta teminatları, Türkiye Cumhuriyeti hudutları dahilinde ikamet edenleri



kapsar. Sigorta primi herkes için yaş ve cinsiyete bağlı olarak hesaplanır. Sigortalının yaşı içinde bulunulan takvim yılından, doğum yılının çıkartılması ile hesaplanır.

Yenilemeler için, 61 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 62 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

Poliçe tanzimi sırasında sigortacı, sigorta kapsamına dahil olacak kişileri sigorta ettiren/sigortalının beyan ettiği tüm bilgileri esas alarak sigorta kapsamına alır. Sigorta ettiren ve/veya sigortalı tarafından başvuru formu doldurulduğu hallerde, kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermekle yükümlüdür. Formun doldurulmadığı hallerde dahi Türk Ticaret Kanunu ve sigortacılık mevzuatı uyarınca sigortalının mevcut hastalık/rahatsızlıklarına ilişkin olarak sigortacıya her durumda beyanda bulunma yükümlülüğü mevcuttur.AXA SİGORTA A.Ş. bu beyanları değerlendirmesi sonucunda Sigorta Ettiren/Sigortalıdan ek tetkik isteme, sigortalıyı poliçeye kabul etmeme, ek prim uygulama, belli riskler için teminat kısıtlaması yapma veya istisna koyma hakkına sahiptir. Sigorta Şirketi tarafından istenen ilave tetkikler sigortalı/sigorta ettiren tarafından karşılanır.

Yeni doğan bebeklere, 40. gebelik haftasını doldurmaları ve doğumdan en az 15 gün geçmesi durumunda ve doğumu takip eden 90 gün içinde, 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.

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 almak için başvuruda bulunabilir. **Bu gerekçelerin dışındaki sebeplerle yıl içerisinde sigortalı girişi yapılamaz.** Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde eş ve/veya 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 resmi olarak evlat edinilenler ancak ek prim ile poliçeye dahil edilebilir.

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.



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. 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 doldurdularında 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 itibarıyla sigortalanması uygun bulunmayan bebekler ileri tarihlerde sağlık durumlarındaki olumlu gelişmeler sonrası yeniden değerlendirilebilir.

Evlad 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.

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.

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 yıllarından gelen hakları saklı kalmak koşulu ile yeni poliçesi tanzim edilir.

Geçiş İşlemleri ve Kazanılmış 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 sigorta şirketlerinden geçişlerde sigortalılar için üst yaş limiti 61'dir.

62 yaş ve üzeri adayların transfer başvuruları kabul edilmez

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.

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.

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. Diğer şirketlerden geçiş alınacak sigortalıların geçmiş sigortalılık yıllarının kabul edilip edilmeyeceği sigortacı tarafından değerlendirilir ve uygun görülmesi halinde diğer sigorta şirketlerindeki geçmiş sigortalılık yılları sayılır. Geçmiş 3 yaşından küçük ve eski şirketinde doğum tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan bebekler için 3 yıllık kesintisiz sigortalı olma şartı aranmaz.

I. PRİM TUTARI, ÖDEME ŞEKLİ VE ZAMANI:

Sigortacının sorumluluğu, poliçe düzenlenmesi talebinin sigortacı tarafından kabul edilip sigorta priminin peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçenin düzenlenmesiyle başlar. Prim kredi kartı ya da havale ile tahsil edilebilir. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Peşin ödemelerde sigorta şirketinin belirleyeceği peşin ödeme indirimi uygulanabilir. Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. Maddesi gereği; Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. İlk prim ödenmeden rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacının sorumluluğu başlamaz. İlgili poliçedeki prim sadece



sigortalı için geçerli olup prim ödemesi yapılmaksızın herhangi bir kişiye sağlık poliçesi düzenlenmez. Yeni doğan bebekler ile evlat edinilenler ancak ek prim ile poliçeye dahil edilebilir.

Sigorta ürünü kapsamında sigortalı(lar) özelinde belirlenecek toplam prim tutarı ile ödeme vadelerini içeren teklifnamemizi lütfen dikkatlice inceleyiniz.

PRİM TESPİTİ

Satışta olan ürünlerin, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayılarak her bir yaş, cinsiyet ve il bilgileri ile sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prime, ürün tablo fiyatı denir. Tablo fiyatı standart taksit seçeneği ödeme planına göre hesaplanmaktadır. Alternatif ödeme seçeneklerinin tercih edilmesi halinde değişkenlik gösterebilir.

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, ürün teminat yapısı ve poliçenin geçerli olduğu network grubu, 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.

Prime İlişkin Düzenlemeler

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

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/azaltan durumlar olabilir. Detayı aşağıdaki maddede belirtilmiştir.

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.

i. SİGORTANIN SÜRESİ

Sağlık poliçeleri 1 (bir) yıllık olarak düzenlenir. Poliçede/zeyilnamede yazılı olan poliçe başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Sigorta teminatı, poliçe başlangıç tarihi Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen saat 12.00'de sona erer.

SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

Sigorta Sözleşmesinin sona ermesine ilişkin olarak Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartları ile poliçe Özel Şartları uygulanır.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigorta şirketi, ödeme yapılmadığı sürece, sigorta sözleşmesinden 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, sigorta şirketi 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. Sigorta şirketinin, 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.

Police primleri vadesinde ödenmediği takdirde; sigortalıya tazminat ödemesi yapılmaz ve Türk Ticaret Kanunu'nun yukarıda izah edilen 1434. Maddesi ile Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. Maddesi uyarınca poliçe iptal edilir ve dijital muayene cihazı geri alınır.

Poliçenin yürürlükte olacağı ilk bir yıllık sigorta döneminde primlerin zamanında ödenmemesi nedeniyle sona ermesi durumunda, sigortalı / sigorta ettiren cihazı 30 gün içinde iade etmekle yükümlüdür. Dijital Muayene cihazının hiç iade edilmemesi ya da iade edilen cihazın kusurlu olması durumunda Sigorta şirketi zararın giderilmesini talep hakkına sahiptir. **İlk kez Dijital Sağlık Sigortası poliçesi alan ve 1 yılını tamamlamamış poliçelerin herhangi bir nedenle iptali durumunda dijital muayene cihazı 30 gün içinde geri alınır.**

Dijital muayene cihazının iade edilmesi için; Koç HealthCare' e ait 444 74 55 numaralı telefon aranmalıdır. Cihazın iadesi için anlaşmalı kargo firması yönlendirmesi Koç HealthCare tarafından yapılır. Cihazın iade edileceği adres; MOMENTUM SAĞLIK TURİZM VE CATERING HİZMETLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ adına; TEŞVİKİYE MAH.GÜZEL BAHÇE SOK. ÖZEL AMERİKAN HASTANESİ N:20/1 ŞİŞLİ" dir.

Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir. Sözleşme yılı içinde iptal isteminin sigorta ettirenden gelmesi halinde;

- Sözleşme/poliçe tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde sigorta ettirenin yazılı iptal talebinde bulunması durumunda, bu süre içerisinde sigortalıya herhangi bir tazminat ödenmemişse, dijital muayene cihazı hiç açılmamış, dijital ayakta tedavi teminatlarından hiç kullanım yapılmamış ise ve dijital muayene cihazı iade edildikten sonra ödenen primler 5 iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Dijital muayene cihazının iade edilmesi için; Koç HealthCare' e ait 444 74 55 numaralı telefon aranmalıdır. Cihazın iadesi için anlaşmalı kargo firması yönlendirmesi Koç HealthCare tarafından yapılır. Cihazın iade edileceği adres; MOMENTUM SAĞLIK TURİZM VE CATERING HİZMETLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ adına; TEŞVİKİYE MAH.GÜZEL BAHÇE SOK. ÖZEL AMERİKAN HASTANESİ N:20/1 ŞİŞLİ" dir.
- Sözleşme/poliçe tanzim tarihinden itibaren 30 günden sonra sigorta ettirenin yazılı iptal talebinde bulunması durumunda; dijital muayene cihazı iade edildikten sonra ve cihazın kusurlu olmaması durumunda 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. Dijital muayene cihazının iade edilmesi için; Koç HealthCare' e ait 444 74



55 numaralı telefon aranmalıdır. Cihazın iadesi için anlaşmalı kargo firması yönlendirmesi Koç HealthCare tarafından yapılır. Cihazın iade edileceği adres; MOMENTUM SAĞLIK TURİZM VE CATERING HİZMETLERİ TİCARET ANONİM ŞİRKETİ adına; TEŞVİKİYE MAH.GÜZEL BAHÇE SOK. ÖZEL AMERİKAN HASTANESİ N:20/1 ŞİŞLİ” dir.

- **Bir yılını dolduran poliçelerde, poliçenin herhangi bir nedenle sona ermesi durumunda Dijital Muayene Cihazı iade alınmaz ve herhangi bir bedel tahsil edilmez.**

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.

Türk Ticaret Kanunu ve sigortacılık mevzuatı uyarınca sigortalının mevcut hastalık/rahatsızlıklarına ilişkin olarak sigortacıya her durumda beyanda bulunma yükümlülüğü mevcuttur. Sigortacı, sigortalı / sigorta ettirenin mevcut bir rahatsızlığını beyan etmediğini tespit ettiği takdirde, tazminat talebini ret ederek Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 6’ya istinaden poliçeyi iptal edebilir.

SİGORTA ETTİREN/ SİGORTALININ VEFATI

Sigorta Ettirenin Vefatı: Sigorta ettirenin vefatı durumunda sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Ancak kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Kanuni varislerin sözleşmenin devamını kabul etmediği durumda, sigorta sözleşmesinin sona erme esasları maddesi uygulanır ve ödenen prim tutarı hak edilen primden fazla ise ödenen prim tutarı ile hak edilen prim arasındaki fark sözleşme özel şartlarına göre kanuni varislere iade edilir.

Sigortalı/Sigortalıların Vefatı: Sigortalının vefatı durumunda ödenen prim tutarı, hak edilen primden fazla ise, ödenen prim tutarı ile hak edilen prim arasındaki fark, sigorta ettirene; vefat eden sigortalının aynı zamanda sigorta ettiren olması durumunda ise kanuni varislere sözleşme özel şartlarına göre 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. Bu durumda sigorta sözleşmesinin sona erme esasları maddesi uygulanır.

J. VERGİ UYGULAMASI



Sağlık Sigortası için ödenen primler vergi matrahından düşülebilmektedir. Bu konuda sigorta şirketine danışılması gerekmektedir.

K. UYUŞMAZLIKLARIN ÇÖZÜM YOLLARINA İLİŞKİN BİLGİLER

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.

Sigortacı Sigorta Tahkim Sistemine üyedir.

Sigortaya ilişkin her türlü şikâyet ve bilgi talepleri için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir.

Adres: Meclis-i Mebusan Caddesi, No: 15, Salıpazarı, Beyoğlu, İstanbul, Türkiye

Telefon: 0850 250 99 99 Fax: 0212 292 02 72 E-mail: iletisim@axasigorta.com.tr

TANIMLAR

Acil: Sağlık Sigortası Genel Şartları ve AXA Sağlık Sigortası Özel Şartları gereği kapsam dışı olmayan ani bir hastalık, kaza veya yaralanma sonucu meydana gelen ve hastanenin acil servisinde 24 (yirmi dört) 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 zehirlenmeleri (intihar girişimi kapsam dışıdır),
7. Hayvan ısırması veya böcek sokması sonucu oluşabilen anjioödem ve her türlü anaflatik şok tablosu,
8. Üçüncü derece yanıklar
9. İlaç, gıda ve kimyasal madde zehirlenmeleri (intihar teşebbüsü hariç),
10. Akut Miyokart Enfarktüsü ile ilgili tedaviler,
11. Solunum sistemine yabancı cisim kaçması,
12. Akut Apendisit,
13. Polişe öncesinde tamı 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),
28. Akut Batın
29. Şuur kaybı, ensefalopati (teminat dışı kalan haller sonucu oluşan şuur kayıpları hariç)

Anlaşmalı Kuruluş: AXA SİGORTA A.Ş.'den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve AXA SİGORTA A.Ş 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 AXA SİGORTA A.Ş.'ye aittir.

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 (Bkz. Madde 4-Bekleme Süreleri).

Beyan Yükümlülüğü: Sigorta Ettiren'in/Sigortalı'nın, gerek sigorta sözleşmesi için yapılan başvuru sırasında, gerek sigorta sözleşmesinin devamı sırasında sigortalıların mevcut tüm hastalık/rahatsızlıklarını veya riskin değerlendirilmesinde etkili olacak hususları bildirme yükümlülüğüdür. Sigorta Ettiren/Sigortalı'nın, Sigortacı'nın yükümlü olduğu bilgilendirmeleri kendilerine yapabilmesi amacıyla ile iletişim bilgilerini eksiksiz ve yazılı bildirmesi gerekmektedir.

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.



Hastalık Ek Primi: Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan veya sigorta süresince ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıkların, Sigortacı'nın değerlendirmesi sonucunda, sigortalı Sağlık Poliçe Primi'ne belli bir oranda ek prim uygulanarak, poliçe kapsamına alınmasıdır.

Kapsam Dışı Haller (Muafiyet) : Poliçe başlangıç tarihinden önce ortaya çıkmış olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan risklerin (hastalık/rahatsızlıkların) sigortacı'nın değerlendirilmesi sonucunda poliçe kapsamı dışında bırakılmasıdır.

İştirak/Katılım 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.

Kalıtımsal Hastalıklar: Genetik geçiş gösteren hastalık ve maluliyetlerdir.

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 ölmesi veya bedeni bir zararla karşı karşıya kalmasıdır.

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.

Kapsam Dışı Hastalıklar: 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 rahatsızlıklardır (komplikasyonlar).

Poliçe: AXA SİGORTA A.Ş. tarafından düzenlenen sağlık sigortası sözleşmesidir.



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 SİGORTA A.Ş.'dir.

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. Sağlık kuruluşu deyimi, otel, huzurevi, bakımevi, nekahethane, yetimhane ve darülacezeleri, esas olarak uyuşturucu bağımlıları ile alkoliklerin tecrit ve tedavisi olarak kullanılan yerleri, sanatoryumları, kaplıcaları, sağlık hidrolarını, zayıflama merkezlerini kapsamamaktadır.

Sigortalı: 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.

Fiyat çalışması ve Bilgilendirme Formu: Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, sağlık beyanını, prim ödeme planını, seçilen network tipini içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren ve sigorta ettiren/sigortalı tarafından imzalanması gereken forma Fiyat çalışması ve Bilgilendirme Formu denir. Bu form, sigortalı ve sigortacı için bir teklif niteliğindedir. Bu formun alınması sözleşme ilişkisinin başladığı anlamına gelmemekte olup, sigortacının değerlendirmesi sonucu fiyat çalışması geçerlilik süresi içerisinde kabulü hâlinde primin (veya peşinatın) tahsili ile poliçe yürürlüğe girer.

Teminat Kapsamı: Poliçede belirtilen ve satın alınan ürün kapsamında yer alan teminatlar için sigortacının özel ve genel şartlar çerçevesinde karşılamayı taahhüt ettiği sağlık harcamalarının tümüne denir.

Teminat Limiti: Sigortalı katılım payı uygulanmayan teminatlar için poliçede belirtilen teminat limiti, ödenecek azami teminat limitine eşittir. Sigortalı katılımı uygulanan teminatlar için ödenecek azami tazminat tutarı, teminat limitinden ilgili sigortalı katılım payı düşüldükten sonra kalan meblağdır.



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.

Teşhis: Belirti ve bulgular (fizik muayene, tahlil, röntgen, tomografi, endoskopi vb. sonuçları gibi) aracılığıyla sigortalının hastalığını veya kaza sonucu meydana gelen durumunu tespit etmeye denir.

Tedavi: Teşhisi konulmuş bir hastalığın ya da kaza sonucu oluşan yaralanmanın iyileştirilmesi amacıyla yapılan tıbbi ve ya cerrahi müdahaleye denir.

TTB-HUV Tarifesi: Türk Tabipleri Birliği ("TTB") tarafından 6023 sayılı TTB Kuruluş Yasası kapsamında hazırlanan, hekimlerin sunduğu sağlık hizmetlerinin tanımları, uygulama şekilleri ve karşılığı olan ücretlerin hesaplanmasını sağlayan birim ve kuralları gösteren bir listedir. Başlangıçtan itibaren TTB Asgari Ücret Tarifesi (TTB-AÜT) adıyla bilinen ve yayımlanan liste, 2006 yılında çıkarılan 5477 sayılı kanun ile 6023 sayılı TTB Kanununun 28. Maddesinde değişikliğe gidilerek önce TTB Referans Ücret Tarifesine dönüşmüş ve değişen ülke koşullarına uygun hale getirilerek ve elektronik ortama taşınarak 5846 Sayılı Yasa kurallarını da dikkate alarak 1 Ocak 2015 tarihi itibari ile TTB Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (TTB-HUV) Tarifesi adını almıştır. Ücretlendirme, TTB-HUV'daki güncel işlem birimlerinin, o işlemin yapıldığı ilin tabip odalarının belirlenen güncel katsayı ile çarpımına KDV eklenerek yapılır.

Ek Belge (Zeyilname): Poliçe üretildikten sonra yapılan değişiklikleri içeren ve poliçenin ayrılmaz bir parçası olarak düzenlenen son durumu gösterir ek sigorta sözleşmesidir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi: Bu poliçe kapsamında yer alan Ömür Boyu Yenileme Garantisi uygulaması TC. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından Resmi Gazetede yayınlanan 23.10.2013 tarih/28800 sayılı Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliğinde yer alan içeriğe sahiptir.BA

Sagmer: Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Hazine Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ve 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile "TRAMER" adıyla kurulmuştur. 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelikle adı Sigorta Bilgi Merkezi kabul edilmiş, 03.11.2011 tarih ve 28131 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile ise ünvanı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi olarak değiştirilmiştir.

SBM (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi), Türkiye Sigorta Birliği bünyesinde tüzel kişiliği haiz bir kurum olarak kurulmuş olup Hayat, Hastalık/Sağlık, Zorunlu Trafik, Yeşilkart, Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza, Motorlu Kara



Taşıtları-Kasko,Tıbbi Kötü Uygulama Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler ve Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Mesleki Sorumluluk Sigortaları'na ilişkin verilen tek merkezde toplanarak, sigortacılık faaliyetlerinin daha kapsamlı ve etkin şekilde yürütülmesi, sektör genelinde uygulama birliğinin sağlanması, sağlıklı fiyatlandırma yapılabilmesi, suiistimallerin önlenmesi, güvenilir istatistiklerin oluşturulması, sigorta sistemine olan güvenin artırılması ve kamu gözetim-denetiminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir.

Masak: 11 Ekim 2006 tarihli, “Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi “ hakkındaki kanun ve bu kanun uyarınca 9 Ocak 2008 tarihinde yayınlanarak, 1 Nisan 2008’ den itibaren yürürlüğe giren “ Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Tedbirler Hakkında Yönetmelik “ gereğince, sigorta şirketleri ve aracı kurumlarının kimlik tespit yükümlülüğü oluşmuştur. Sigortacılık işlemlerinde, işlem tutarı ya da aynı poliçeye ilişkin birbiriyle bağlantılı birden fazla işlemin toplam tutarı yönetmelikte belirtilen tutar veya üzeri olduğunda MASAK Formu ve form üzerinde belirtilen evrakların sigortacıya ibrazı zorunludur.