

AXA SİGORTA TAMAMLAYAN GRUP ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1.SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

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

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

Bu sigorta, ayakta tedavi teminatı bakımından tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı Genel Sağlık Sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini (SGK muayene katkı payı hariçtir) AXA Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları doğrultusunda teminat altına alacak olup, sigorta kapsamında sağlanan diğer teminatların işleyişine ilişkin usul ve esaslar işbu Özel Şartlarda açıklanmıştır.

Sağlık poliçeleri 1 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.

Bu sigorta, Türkiye Cumhuriyeti hudutları içerisinde ikamet edenleri kapsar.

Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenerek başlar.

Prim kredi kartı veya havale yolu ile tahsil edilir. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Peşin ödemelerde sigorta şirketinin belirleyeceği peşin ödeme indirimi uygulanır.

AXA Sigorta A.Ş. poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde gerekli gördüğü takdirde ve Kişisel Verilerin Korunması mevzuatına uygun olması kaydıyla sigortalıyı tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu SAGMER ve üçüncü şahıslardan sigortalının tedavisi hakkında bilgi alma, kayıt isteme ve yerinde tespit hakkına sahiptir. Sigortalının poliçe satın alması ile kendi sağlık geçmişi ve mevcut durumu ile ilgili bilgi edinme konusunda ve Kişisel Verilerin Korunması mevzuatına uygun olması kaydıyla AXA Sigorta AŞ'ye izin vermiş olur. AXA Sigorta A.Ş bu inceleme için kendi adına bağımsız temsilciler atayabilir.

2.TANIMLAR Acil: Ani bir hastalık , kaza veya bedensel yaralanma sonucunda ortaya çıkan ve dolayısıyla geciktirilmesi mümkün olmayacak tıbbi veya cerrahi bakım gerektiren, hastanenin acil servisinde 24 saat içinde müdahale edilmediği hallerde sigortalının hayatını tehlikeye sokan, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve "Sağlık Hizmet Tarifesi" referans alınarak hazırlanmış, aşağıda yer alan "Acil Durum" listesinde belirtilen rahatsızlıklar için, bir hastanenin acil servisinde hizmet almayı gerektiren sağlık durumudur. (Hastanın durumu stabil hale geldikten sonraki tedaviler acil durum kapsamında değildir.)

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. 3'üncü 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 Apandisit
13. Polişe öncesinde tanı konmuş herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın ani oluşan felçler (yüz felci kapsam dışıdır)
14. Mide delinmesi (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır.)
15. Mide kanaması (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır.)
16. Menenjit, ensefalit ve beyin absesi
17. Elektrik çarpması
18. Donma
19. Göz yaralanmaları
20. İleus (ani barsak tıkanıklığı)
21. Akut Pnömotoraks (akciğerin delinmesi kendiliğinden veya travma sonucu)
22. Akciğer embolisi
23. Beyin embolisi
24. Aort diseksiyonu
25. Ani işitme kaybı
26. Ani görme kaybı
27. Akut pankreatit (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır.)
28. Akut Batın
29. Şuur kaybı, ensefalopati (teminat dışı kalan haller sonucu oluşan şuur kayıpları hariç)

Anlaşmalı Kurum:AXA SİGORTA A.Ş.'den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve Sigortacı ile özel anlaşması bulunan hastane, poliklinik, tanı merkezi, fizik tedavi merkezi, eczane ve doktor muayenahaneleridir. Anlaşmalı kurumların isimleri, Sigortacı AXA SİGORTA A.Ş.'ye ait www.axasigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. Ancak adı geçen Anlaşmalı Sağlık Kurumunun bu listede yer almış olması AXA Sigorta A.Ş. tarafından önerildiği anlamına gelmez. Hizmet kaliteleri ve yapılan işlemlerin tıbbi sorumluluğunu ilgili kişi ve kurumlar taşımak zorundadır. AXA Sigorta A.Ş. sorumlu tutulamaz. İlgili anlaşmalı kurumlarda değişiklik yapma hakkı AXA Sigorta A.Ş.'ye aittir. AXA Sigorta A.Ş. poliçenin yürürlükte olduğu süre içinde Anlaşmalı Kurumlarda değişiklik yapabilecek olup, poliçenin yenileme döneminin beklenmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda, ilgili Network'te yer alan sağlık kurumlarına özel uygulamalar otomatik olarak son bulur. Bunun yanı sıra anlaşmalı sağlık kurumlarında uygulanan özel uygulamalar da Anlaşmalı Sağlık Kurumları ile Sigortacı arasındaki sözleşmenin sona ermesi durumunda son bulur.

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

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 muayenahaneleridir. Poliçeye özgü olarak anlaşmalı kurumlar değişebilmektedir. Poliçe özel şartlarına göre anlaşmasız kuruluşlar kontrol edilmelidir.

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 'Bekleme süreleri' maddesinde yer alan 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.

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 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 meydana gelen olaylarla karşı karşıya kalmasıdır.

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

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

Özel Şartlar: Sigortacı tarafından poliçenin ayrılmaz parçası olarak düzenlenen, ürüne özel kurallar ve şartları içeren belgedir.

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.

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

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

Sigorta Şirketi/Sigortacı: Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminatın yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. Satın almış olduğunuz poliçe için sigorta şirketi/sigortacı AXA SİGORTA A.Ş.’dir. Sigortacının sorumluluğu, sigorta priminin tamamının ya da primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise prim peşinatının ödenmiş olması kaydıyla başlar.

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

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

Fiyat çalışması ve Bilgilendirme Formu: Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, sağlık beyanını, prim ödeme planınıve 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 formdur. 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 plan 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.

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.

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 Resmî Gazetede yayınlanan 23.10.2013 tarih/28800 sayılı Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliğinde yer alan içeriğe sahiptir.

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

TTB-HUV Tarifesi: Türk Tabipleri Birliği 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 01.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.

Sağlık Uygulama Tebliği (“SUT”) Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Sosyal Güvenlik Kurumunca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı Sağlık Uygulama Tebliğidir.

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SGK KATILIM PAYI: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından muayene işleminde ödenecek tutar.

Triyaj Uygulaması Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

Yeşil alan: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık durumlarıdır.

Sarı Alan: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Buna ilaveten hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlardır

Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç gideri kapsam dışındadır.

GSS / Genel Sağlık Sigortası: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na dayanılarak hazırlanan ve bu Kanunda sayılan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsayan sağlık sigortası sistemidir.

3.SİGORTANIN TEMİNATLARI

Satın almış olduğunuz ürün kapsamı, poliçede yazılı olan limit, iştirak oranı ve teminatlar dahilinde Sağlık Sigortası Genel Şartları, ve bu Özel Şartlar kapsamında geçerlidir. Poliçe başlangıcı sırasında satın alınan ürün poliçe yılı içerisinde değiştirilemez. Yenileme dönemlerinde de ürün değişikliğine yönelik talepler sigorta şirketinin görüşleri doğrultusunda değerlendirilir.

3.1.Yatarak Tedavi

Yatarak tedavi teminatı sigortalının tıbbi tedavi ve/veya ameliyat gerektiren hastane yatışlarını kapsar. Acil durumlar haricinde, yatarak tedavi teminatından yapılacak harcamalar için planlanan tedavi tarihinden en az 3 gün önce provizyon merkezimize başvuru yapılmalıdır.Sigortalının tedavisinin genel/ lokal anestezi altında cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiği durumlarda yapılan ve TTB-HUV Tarifesinde 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 , 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 aşılırları 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.

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

Yurtiçindeki Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası 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 ya da anlaşmalı kurumun kadrosunda olsa dahi Axa Sigorta Sözleşme şartlarına dahil olmayan bir doktorun gerçekleştirmesi halinde ise, doktor ücreti en fazla TTB-HUV Tarifesi ile sınırlı olacak şekilde karşılanır.

Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası poliçede belirtilen anlaşmalı sağlık kurumları ağında geçerlidir. Anlaşmalı sağlık kurumları listesine www.axasigorta.com.tr internet adresinden ulaşabilirsiniz. **Grup sağlık poliçelerinde sözleşme esaslarına göre networkler değişiklik gösterebilir.** Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen yatarak tedavi giderleri (Yatarak Tedavi, Yoğun Bakım, Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz, Küçük Müdahale) için; Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Anlaşmasız sağlık kurumu, doktor, anestezi ve asistan doktorlar ücretleri en fazla TTB-HUV Tarifesi fiyatları üzerinden ödenir. Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Anlaşmasız kurumda yapılan; 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 na göre hesaplanarak, ödenir. İş bu özel şartlarda acil

tanımında yer alan hastalık ve durumlar için başvurulması halinde anlaşmasız kurumda ki işlemler TTB-HUV Tarifesi'nin iki katı ile sınırlı olacak şekilde karşılanır.

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

3.1.1.Yoğun Bakım

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)

3.1.2. Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz

Sigortalının kanser hastalığı nedeniyle gereken kemoterapi, radyoterapi ve bu tedavi yöntemlerinin gerektirdiği ilaç giderleri ile böbrek yetmezliği nedeniyle yapılan her türlü diyaliz tedavileri bu teminat kapsamındadır. Kemoterapi öncesi kemoterapiye hazırlık amacıyla yapılan onkolojik muayene ve kan tahlilleri (kemoterapi tedavisi öncesi tıbbi olarak bakılması zorunlu olan; neticesinde tedavinin planlanması, kontrolü ve komplikasyonlarının (örn; kemoterapi seans alabilirliği/ilac 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.

3.1.3.Küçük Müdahale

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, ilaç, 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 ilaçlar, Ayakta Tedavi teminatlarından değerlendirilir.

3.2 Ameliyat (Yatış) Sonrası Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Yatarak tedavi teminatı tanımına giren bir ameliyatı 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 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 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-refakatçı, 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.

3.3. Evde Bakım

Hastaneye yatışı takiben, sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması gerekliliği halinde oluşan masraflar bu teminat kapsamındadır. İmmobil hastalarda peg ile beslenme, damar yolu ilaç uygulamaları, 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.

3.4. Yardımcı Tıbbi Malzeme

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 , ileostomi-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

3.5.Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi

Trafik kazası sonucu meydana gelen, diş doktorları, çene cerrahisi uzmanları ya da plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili muayene, her türlü röntgen ve ameliyatlar bu teminat kapsamındadır. Tedavi masraflarının ödenebilmesi için yetkili resmi makamlardan alınan kaza raporunun ibraz edilmesi ve tedavinin anlaşmalı bir sağlık kuruluşunda yapılması gerekmektedir.Trafik kazası dışındaki kaza sonucu dış kayıpları ile ilgili tedaviler kapsam dışıdır. Kaza harici nedenlere bağlı olarak yapılan diş ve çene cerrahisine yönelik tedavi ve ameliyatlar poliçe kapsamı dışındadır. Trafik

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

3.6 Kontrol Amaçlı Mamografi ve Meme Ultrasonografi / Kontrol Amaçlı PSA

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 yapılabilmesi 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.

3.7 Yurtdışı Yatarak Tedavi Teminatı

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 katılım payı ile Yurtdışı Yatarak Tedavi teminatından karşılanır.

b) Yurtdışında gerçekleşen tıbbi hizmetlere ilişkin her türlü ayakta tedavi giderleri (Doktor muayene, ilaç giderleri, Aşıları, 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 poliçe kapsamı dışındadır. Sigortalının yurda giriş yapmasından sonra ilgili 92 günlük süre yeniden başlar.

3.8 Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri

AXA SİGORTA A.Ş.' den sağlık sigortası alan her Sigortalı Axa Sigorta Acil Yardım Hattı 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 tanı 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.

3.9 Hava Ambulansı

Sigortalının hayatını tehdit eden bedeni yaralanma ve ciddi hastalık gibi acil durumlarda sigortalının en yakın uygun donanımlı hastaneye veya sağlık kurumuna kara yolu ile naklinin tıbben sakıncalı olduğu hallerde hava ambulansı kullanımı ile ilgili giderler bu teminattan karşılanır. Hava Ambulansı masraflarının ödenebilmesi için Axa 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. Hizmet sadece AXA Sigorta 'nın anlaşmalı olduğu firma üzerinden sağlanmaktadır.

3.10 Suni Uzun Giderleri

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.

3.11 Ayakta Tedavi Giderleri

Sigortacı poliçe süresi içinde Anlaşmalı Kurumlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda oluşacak GSS kapsamında alınan ayakta tedavi sağlık hizmetleri için SUT bedeli üzerindeki giderleri (fark ücretleri) tamamlayıcı olarak poliçede belirtilen Anlaşmalı Kurum, teminat, limit, istisnalar, Sağlık Sigortası Genel Şartları, mevzuat ve işbu Özel Şartlar dahilinde karşılar.

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

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

Sigortalının SGK ile anlaşmalı bir özel hastaneye gitmesi,

SGK ile anlaşmalı hastanede sigortalının işlemlerini gerçekleştiren doktorun da SGK ile anlaşmalı olması,

SGK ile anlaşmalı olan hastane ile AXA Sigorta A.Ş.'nin sigortalının tedavi göreceği branş / doktor adına AXA Sigorta Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Sigorta poliçesi anlaşmasının olması, Tedavi talep edilen rahatsızlığın AXA Sigorta Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde poliçede belirtilen teminat limitleri ile sınırlıdır.

Her bir muayene işlemi ve ilişkili diğer tanı işlemleri 1 kez olarak değerlendirilir. Doktor muayenesi ile ilişkili olmadan gerçekleşen teşhis yöntemleri ve tetkikler kapsam dışıdır.

İlaç ve aşı giderleri teminat kapsamı dışındadır.

AXA Sigorta Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında oluşabilecek muayene, tetkik ve / veya tedaviler ise;

(Muayene, laboratuvar, radyoloji, fizik tedavi endoskopi, ileri tetkikler vb.) Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 3 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır. (Vaka başı 2.000 TL 'ye kadar olan ayakta tedavi faturasında 3 SUT hesaplama yapılmaz, sigortalı katılımı olmadan Ayakta Tedavi hakkından düşer) Sosyal Güvenlik Kurumu şartı gereği ayakta tedavilerde doktor muayene ve diğer tanı işlemlerinin tümünün aynı kurumda yapılması gerekmektedir.

Tüm Endoskopi ve fizik tedavi işlemlerinde 12 ay bekleme süresi vardır.

3.11.1. Doktor Muayene

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

3.11.2. Laboratuvar Hizmetleri

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

3.11.3. Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her türlü röntgen (direkt ve kontrastlı), mamografi, artrografi, EKG, eforlu EKG (treadmill), Holter, EEG, EMG, görme alanı, odyolojik tetkikler, solunum fonksiyon testleri, ürodinamik tetkikler, işitme testi ile bu incelemelerin yapılabilmesi için kullanılan ilaç, anestezi ve yatak ücreti vb. masrafları bu teminat kapsamındadır. Tıbbi gereçlerin (CPAP aleti vb.) kalibrasyonu için yapılan işlemler teminat kapsamı dışındadır.

3.11.4. İleri Tanı Yöntemleri

Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her tür ileri tanı yöntemi; koroner ve serebral anjiyografi hariç diğer anjiyografi uygulamaları (göz, böbrek anjiyosu vb.), biyopsi alımı ve patolojik tetkik giderleri, Manyetik Rezonans (MR), Sintigrafi, Tomografi, Endoskopi, Ekokardiyografi, Doppler ve Ultrasonografi tetkikleri ve bu tetkikler sırasında gereken anestezi vb. ücretleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Pet ct patolojik olarak kanser tanısı varsa yatarak tedavi teminatından, kanser tanısı yoksa ayakta tedavi teminatından karşılanır.

3.11.5. Fizik Tedavi

Doktor tarafından hastalıkların tedavisinde gerekli görülen, hastane ve fizik tedavi merkezlerinde yapılan fizik tedavi kapsamındaki tedavi giderleri bu teminat kapsamındadır. Fizik Tedavi işlemi yataklı bir sağlık kurumunda, yatarak yapılmış olsa dahi Fizik Tedavi Teminatının yıllık limit, iştirak oranı ve yıllık seans sayısı ile sınırlı kalmak koşulu ile ödenir. Bu yatışlarda fizik tedavi ücreti dışında kalan giderler (oda, refakat, yemek, doktor takip ücreti vb.) karşılanmaz.

3.11.6 GEBELİK ve DOĞUM GİDERLERİ (Poliçede yer alması durumunda geçerlidir.)

Sigortalının hamilelik halinin ve doğumunun gerektirdiği tüm masraflar bu teminat kapsamındadır.

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

Yeni doğan bebeğin doğumu takiben hastaneden taburcu olmasına kadar oluşan ilk muayenesi ve rutin tetkiklerine ait (teminat dışı kalan haller dışındaki) sağlık giderleri de bu teminattan karşılanır.

Bu teminatın tanımına giren tüm giderler teminatın alındığı ilk yıl kapsam dışındadır. Teminatın kesintisiz iki yıl boyunca poliçede mevcut olması şartıyla teminat ancak ikinci yıl işlerlik kazanır.

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

4.BEKLEME SÜRELERİ

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 cerrahisi, orta kulak iltihabı

Her türlü fıtık (kasık fıtığı, 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 fıtığı, boyun fıtığı 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 algoloji masraflarına ait giderler

Gebelik Takip Giderleri kapsamına giren tüm giderler. (Poliçede ilgili teminatın olması durumunda)

İstisnai olarak,

Fizik tedavi ve her tür endoskopi (Kolonoskopi, gastroskopi, brokoskopi..vb.) işlemlerinde rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren 3 ay süre ile kapsam dışıdır.

5.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, nüks 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 yer alan hastalıkların ilk teşhisleri için spesifik olarak yapılan tetkikler, sonucuna bakılmaksızın karşılanmayacaktır.

1. Harp veya harp niteliğindeki harekât, 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 Kanunu'nda 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 şikâyet 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 fıtıkları, 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 kanı alımı, saklanması ve kordon kanı 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 aşılar ve ilaç giderleri, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.

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 diastazi, 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; itriyat, 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 döllenme, 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, spermid 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 papillomatöz lezyonlar (siğiller, kondiloma akkümünata vb.), genital molluscum contagiosum tanısı, 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 mea darlığı, 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 mea darlığı ve nazal valv cerrahisi ile ilgili masraflar,

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

25. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralrı 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, iştme 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 yapılsa 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, (Resmî 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 rince, 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 geriatrik 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 aşıları 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. (Axa poliçesinde Gebelik Takip Giderleri ve Doğum Teminatı olması şartı ile)

58. Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması 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. Axa Sigorta Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Sigortası Poliçesinde Axa Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Kurumları dışında gerçekleştirilecek ayakta tedavilere ait SGK kul- lanılmadan oluşan sağlık giderleri (acil durumlar da dâhil)

63. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortasının aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri (Ayakta Tedavi giderleri için)

64. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri

65. 5510 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri; Ayakta tedavi başvurularında SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri

66. Beyin ameliyatları hariç navigasyon ücretleri

67. 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) Yukarıda 6. Bentte 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.

68. Ayakta tedavi teminatı bakımından SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olan sağlık kurumlarının anlaşma dışında olan branşlarında ve/veya SGK ile anlaşmalı olmayan hekimler tarafından verilen hizmetlere ait her türlü gider;

69. Sigortalının hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası ve sigortalı bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım parasının karşılanmasına ilişkin teminatlar.

6.COĞRAFI KAPSAM

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

Ayrıca Yabancı uyruklu kişilere özel sağlık ürünlerimizden poliçe düzenlenmemektedir.

Ancak Türkiye’de yerleşik, kalıcı ikameti Türkiye’de ve yabancı kimlik numarası olan kişilerin özel sağlık sigortası ürünlerimize olan taleplerinde sigortalı aday değerlendirilmesi (Uyruk bilgisi, ikameti gibi) doğrultusunda ürün, teminat detayı gibi konularda değerlendirme hakkı tamamen AXA Sigorta A.Ş.’ye aittir.

Poliçe kapsamında ‘Yurt dışı Yatarak Tedavi’ ek teminatı varsa; yurtdışına oluşan sağlık giderleri özel şartlar madde 3.8 de yurtdışı yatarak tedavi teminatı için belirtilen koşullar ile yatarak tedavilerde tüm dünyada geçerlidir.

7.TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

Bu sigorta, ayakta tedavi teminatı bakımından tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı Genel Sağlık Sigortası kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini (SGK muayene katkı payı hariçtir) AXA Sigorta A.Ş. tarafından belirlenmiş kurumlarda geçerli olmak üzere poliçe özel şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları doğrultusunda karşılar.

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 Sigorta Özel Şartları, teminat limitleri ve iştirak oranları dahilinde sağlık hizmeti alınabilir. Sigortalılar poliçe teminat limiti ve kapsamı dışındaki giderler ile iştirak oranı ve teminat limitini aşan giderleri karşılamakla yükümlüdürler. İlgili anlaşmalı kuruluşlarda değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır. Sigortalılar, güncel anlaşmalı kurum isimlerini www.axasigorta.com.tr adresinden takip edebilirler.

Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurum Ağı, AXA Sigorta A.Ş.'den Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası poliçesi almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve Sigortacı ile özel anlaşması bulunan yetkili sağlık kuruluşlarıdır. Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurum Ağı; Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumu olduğu ayrıca belirtilen kurumlar olup güncel listeleri www.axasigorta.com.tr adresli web sayfasında yer almaktadır.

İlgili anlaşmalı kuruluşlarda değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır. Ayakta tedavi giderleri, Tamamlayan Özel Sağlık Sigortası Anlaşmalı Kurumlar Ağı içinde yer alan Sağlık Kurumlarında geçerlidir.

Anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık harcamaları (AXA Sigorta Tamamlayıcı Anlaşması olmayan sağlık kurumlarında SGK kullanımı şartı ile gerçekleşen) Sigortalının elden alacağı faturalar için sigortalıya ayakta tedavilerde 3 SUT 'a kadar ödeme yapılacaktır. Vaka başı 2.000 TL 'ye kadar olan ayakta tedavi faturasında 3 SUT hesaplaması yapılmaz.)

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; AXA Sigorta A.Ş. tarafından kabul edilmiş olması şartıyla bu tedaviler poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçmemek kaydıyla işbu Özel Şartlardaki teminat süresi ve limitleriyle sınırlı olmak kaydı ile 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 bulunabilir.

Tüm devlet hastaneleri ve devlete ait 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.

8.TAZMİNAT ÖDEMELERİ VE İBRAZİ GEREKEN BELGELER

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.

Ayakta ve yatarak tedavilerde anlaşmalı kurumlara ait fatura ödemelerinde muhatap Sigorta Şirketidir.

SGK ile anlaşmalı herhangi bir hastanede gerçekleşmiş ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında onaylanmış ayakta tedavi ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşması kuruluş limiti ile sonradan ödeme (elden ödeme) kapsamında karşılanır.

anlaşmalı olmayan sağlık kurumlarında gerçekleşen sağlık harcamaları (Axa Sigorta Tamamlayıcı Anlaşması olmayan sağlık kurumlarında SGK kullanımı şartı ile gerçekleşen) Sigortalının elden alacağı faturalar için sigortalıya ayakta tedavilerde 3 SUT 'a kadar ödeme yapılacaktır.

Tamamlayıcı poliçelerde sigortalı tarafından ödenen faturalara ait geri ödeme süreçleri (elden hasar) için aşağıdaki gibi olacaktır.

Anlaşmalı sağlık kurumlarına ait hizmetlerde kurumla olan sözleşme rakamları kadar geri ödeme yapılır.

Anlaşmasız sağlık kurumlarına ait hizmetlerde ise,

Anlaşmasız kurum ayakta tedavi giderleri (muayene, laboratuvar, radyoloji, fizik tedavi, endoskopi (Kolonoskopi, Gastroskopi vb.), ileri tetkikler vb) Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 3 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır. (Vaka başı 2.000 TL 'ye kadar olan ayakta tedavi faturasında 3 SUT hesaplaması yapılmaz, sigortalı katılımı olmadan Ayakta Tedavi hakkından düşer.)

Sosyal Güvenlik Kurumu şartı gereği ayakta tedavilerde doktor muayene ve diğer tanı işlemlerinin tümünün aynı kurumda yapılması gerekmektedir.

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

Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar: Sigorta Şirketi, sağlık sigorta sözleşmesinin düzenlenmesi aşamasında sigortalılardan almış olduğu her türlü bilgiyi (hasar, teminat detayları, kişisel bilgiler vb.) Kişisel Verilerin Korunması mevzuatı saklı kalmak kaydı ile yasal mevzuat gereğince Sigorta Bilgi Merkezi, SAGMER, Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu ve talep edilmesi halinde her türlü devlet kurumuna ibraz etmekle yükümlüdür. Sağlık sigortası satın alan her kişi bu bilgilerin resmi kurumlara ibraz edilmesini peşinen kabul etmektedir.

Tazminat Talebinde Sigorta Şirketi Tarafından İstenen Belgeler: Anlaşmalı Kurum Ağı dışında gerçekleşen ve/veya sigortalı tarafından ödenen sağlık giderleri Sigorta Şirketinden aşağıdaki evraklar ile talep edilebilir. Sigorta Şirketi, yapılan masraflara ilişkin olarak ek bilgi isteme hakkına sahip olup, gerektiğinde tazminat dosyasındaki bilgileri araştırmaya yetkilidir.

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

Sağlık giderini belgeleyen isme düzenlenmiş dökümlü fatura asılları ve işlem tutarı ya da Birbiriyle bağlantılı birden fazla işlemin toplam tutarının masak mevzuatında belirtilen tutarın üstü olması durumunda MASAK formu ve form üzerinde belirtilen evrakları,

Kredi kartı ile yapılan ödemelerde mali değeri olan kart slip faturası,

Serbest Meslek makbuzu ile işlem yapılması halinde muayene eden doktorun adı, soyadı ve branşı ile bağlı bulunduğu vergi dairesi ve hesap numarasının belgede yer alması gerekmektedir.

Tazminat ödemeleri için banka hesabının sigortalı adına kayıtlı, bireysel, vadesiz ve Türk Lirası hesabı olması gerekmektedir. Sigortacılık Kanunu 6. Maddesi gereği 18 yaş üstü her birey için Hesap sahibi Adı Soyadı / Banka Adı / Şube Adı / Şube Kodu / Hesap No ya da Iban No şeklinde bildirilmelidir.

Yatarak Tedavi Giderleri İçin;

Sigortalının tedavisini/ameliyatını belgeleyen tıbbi rapor ve çıkış epikrizi, ameliyat halinde teknik ameliyat raporu,

Tedavi süresince yapılan tetkiklerin (patolojiler dahil) sonuçları,

Kemoterapi ve Radyoterapi tedavileri için sigortalının doktoru tarafından düzenlenmiş, hastalığın başlangıç ve seyrinin özetlendiği ve yapılan tedavinin kür sayısını gösteren raporun gönderilmesi gerekir.

Trafik Kazası Sonucu Dış Tedavisi İçin dökümlü fatura asıllarına ilaveten doktor tarafından yapılan tedavinin ayrıntılı olarak belirtildiği ameliyat raporu, dış krokisi, tedavi öncesi ve sonrasına ait panoramik röntgeni

Yurtdışında gerçekleşen yatarak teşhis ve tedavi masraflarına ait evrakların yukarıdaki maddelere ek olarak yeminli tercüman onaylı İngilizce ya da Türkçe nüshaları ve Sigortalının ülkeye giriş ve çıkış tarihlerini gösteren pasaport fotokopisinin gönderilmesi gerekmektedir.

Ayakta Tedavi Giderleri İçin (Elden ödeme)

Tedaviyi yapan doktor tarafından tanzim edilen Tazminat Talep Formu/Epikriz/Hasta Bilgi Formuna ilaveten;

Tedaviyi yapan doktor tarafından tanzim edilen Tazminat Talep Formuna ilaveten;

Yapılan tetkikler için doktorun yazdığı gerekçeli istem belgesi ve tetkiklerin sonuçları,

İlaç giderleri için isme yazılmış doktor reçetesi ve isimleri gözükecek şekilde ilaç kupürleri,

Fizik tedavi giderleri için tedavinin içeriği ve seans sayısının belirtildiği doktor raporu,

Doğum teminatı için doğum raporu, hastaneden alınan dökümlü ve isme yazılı fatura aslı aslının gönderilmesi gerekir.

Yurtdışı tedavilerinde yukarıdaki maddelere ek olarak evrakların yeminli tercüman onaylı İngilizce ya da Türkçe nüshaları ile gönderilmesi gerekir

Genel Sağlık Sigortası kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü, (örnek: E-Devlet, Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü). Tıbbi malzeme faturaları için zorunlu değildir.

9.SİGORTANIN YENİLENMESİ VE SÖZLEŞMEDE YENİLEME GARANTİSİ VERİLMESİ

Sağlık sigortası poliçesinin yenileme olarak kabul edilebilmesi için yeni poliçenin, bir önceki poliçenin vade bitimi tarihi itibarıyla yürürlüğe girmesi gerekmektedir. Süresi sona ermiş, ancak vadesinde yenilenmemiş poliçeler için hakların kaybı söz konusu olabilecektir. Poliçeler, bitimini takiben en geç 30 gün içinde yenilenmelidir. Poliçe yenilemesinin 30 günü geçmesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa sigortalanacak bir müşteri olarak kabul edilir. Yenilemede risk analizi değerlendirme sonucu katılım payı, muafiyet, üst limit, medikal ek prim uygulanabilir veya sigortalanmayabilir.

Sigortalılık hayatı ilk defa AXA SİGORTA A.Ş.de grup sağlık poliçesinde başlamış olan kişiler için: AXA SİGORTA A.Ş. de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş 59 yaş ve 59 yaş altı sigortalılar, aşağıda belirtilen uygulama esasları dahilinde ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanırlar.

Grup Sağlık Sigortası Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulama Esasları:

Başka sigorta şirketinden geçiş olması durumunda: Gruba poliçe yenilemesi esnasında veya ara dönemde işe başlama nedeniyle yapılan girişlerde, giriş yapan personelin daha önceden var olan ve kesintisiz devam eden sağlık sigortasında yenileme garantisi hakkı kazanmış olması durumunda, kişinin güncel sağlık durumu incelenerek yenileme garantisinin devam edip etmeyeceği kararı verilir. Axa Sigorta poliçesine giriş öncesinde kanser, felç, kalp hastalığı gibi ciddi sağlık sorunları yaşamış olan kişilerin yenileme garantileri şirketimizde devam ettirilmez. Bu hastalıklar ile ilgili şikâyeti olmayan kişilerin yenileme garanti hakları, şirketimiz tarafından kabul edilerek devam ettirilir.

Gruba poliçe yenilemesi esnasında veya ara dönemde işe başlama nedeniyle yapılan girişlerde, giriş yapan personelin daha önceden kesintisiz devam eden sağlık poliçesinin olması ve yenileme garantisinin olmaması halinde; kişinin kesintisiz devam eden yıl sayısı 3 den çıkartılır. Bu aradaki fark kadar süreyi Axa sigortası poliçesinde devam eden kişilere, süre sonunda 61 yaşından büyük olmamaları kaydı ile yenileme garantisi verilir. Yenileme garantisi olmadan başka bir şirketten geçiş yapılması halinde kişilerin yenileme garantisi alabilmeleri için en az 1 yıl süre ile Axa sigorta poliçesinde yer almaları gerekir.

Sigortalılık hayatı ilk defa AXA SİGORTA A.Ş.'de grup sağlık poliçesinde başlamış olan kişiler için: AXA SİGORTA A.Ş. de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş 61 yaş ve 61 yaş altı sigortalılar, aşağıda belirtilen uygulama esasları dahilinde ömür boyu yenileme garantisi almaya hak kazanırlar.

Grup Sağlık Sigortası Ömür Boyu Yenileme Garantisi Uygulama Esasları:

- Talep edilecek ferdi sağlık sigortası, talebin yapıldığı tarihte şirketimizde yürürlükte olan ferdi sağlık poliçelerinden seçilmelidir. Sigorta şirketinin seçilen ürünü belirleme hakkı vardır.
- Adı geçen kişilerin, ömür boyu yenileme garantisi almış oldukları tarihten önceki her türlü rahatsızlığı ve hastalığı ile ilgili ek prim ya da muafiyet uygulama hakkı sigorta şirketinde saklıdır. Ömür boyu yenileme garantisi alınan tarihten sonra ilk defa ortaya çıkan rahatsızlıklar için ek prim ya da muafiyet uygulanmayacaktır.
- Ömür boyu yenileme garantisi verilme tarihinden önce oluşmuş ve sigorta şirketinin bilgisi dahilinde olmayan rahatsızlıklar ve hastalıklar için, sigorta şirketinin haberdar olduğu tarihten sonra her türlü risk analizi yapma, Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nden ve poliçe sözleşmesinden sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda cayma hakkı doğar.
- Sigorta süresi içerisinde sigortalının yanlış ya da eksik beyanda bulunduğu veya poliçenin kötü niyetle kullanıldığının sigortacı tarafından tespit edilmesi durumunda sigorta şirketinin Ömür Boyu Yenileme Garantisi'nden ve poliçe sözleşmesinden sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda cayma hakkı doğar.
- Ömür boyu yenileme garantisi alan grup sağlık sigortalıları belirtilen tüm bu haklara, yukarıda adı geçen şirketten emekli olma, istifa etme veya işten çıkartılma sonrasında ayrılmaları ya da ilgili şirketin hiçbir sigorta şirketinden sağlık poliçesi satın almama kararı sonrasında, poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren ilk 30 gün içerisinde şirketimiz satış kanalları aracılığıyla ferdi sağlık poliçesi talep etmeleri durumunda sahip olabilirler.

10.PRİM TESPİTİ

10.1. PRİM TESPİTİNE İLİŞKİN KRİTERLER

Tarife primleri tüm sektörde kabul gören aktüeryal metotlar ile hesaplanır. Bu hesaplamada, şirket sigortalı portföyünün yaş, cinsiyet dağılımı, sağlık giderinin kullanılacağı il, Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklikler ve teminat kullanım sıklığı ile medikal enflasyon (TTB'ye bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırmadaki değişim, özel hastane cari fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç ve malzeme fiyatlarındaki değişim, teknolojiye yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), ürün kar/zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görülen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınır. Sigortacı, Sağlık Tarife Primini periyodik aralıklarla portföyün ve her bir risk profilinin genel performansını, sağlık enflasyonunu, ülkedeki diğer genel ekonomik değişiklikleri de dikkate alarak değiştirebilir.

Sigorta Ettirenin Poliçe primini peşin veya taksitler halinde ödeyebilir. Hangi vade ve tutarlarda ödeyeceği poliçe üzerinde belirtilir ve sigortalı bu ödeme planı doğrultusunda prim ödemelerini yapar.

Bir grubun aynı teminat ile yenilenmesi halinde, yenileme döneminde gruptaki fert primi bir önceki senenin fert priminin 3 katından fazla olamaz. Bunun yanında Katastrofik risklerde yeterli koruma sağlanması ile piyasayı bozan ve şirket mali yapılarını olumsuz etkileyen hususlarda tedbir alınmasına ilişkin genelge gereği yenileme primi, önceki dönem hasar toplamının altında olamayacaktır.

10.2. PRİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER

10.2.1 RİSK EK PRİMİ

Sigortalı adayının sağlık durumunun değerlendirilmesi sonucunda belirlenen ek primdir.

Yenileme Garantisi almış sigortalılarda, bu hak verildikten sonra ortaya çıkan hastalıklar için risk ek primi uygulanmaz.

11. SİGORTAYA GİRİŞ VE ÇIKIŞLAR

- Grup; sigorta sözleşmesinin düzenlendiği tarih itibarıyla ilgili kurumda çalışmakta olup, Sigorta Ettiren tarafından bildirilecek listede yer alan personelden oluşacaktır.

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için geçerli olacaktır. 18 ile 60 yaşından gün almamış personel sigorta kapsamına alınabilir. Doğum tarihinden itibaren 15 günü tamamlamış bebekler ile 60 yaşından gün almamış olmak koşulu ile eş ve çocuklar da poliçeye dahil edilebilir. Poliçeye çocuk girişi 18 yaşına kadar yapılabilmektedir. 18-24 yaş arası çocuklar bekar ve öğrenci olmaları durumunda poliçeye dahil edilebilirler. 24 Yaş üstü çocuk yeni girişi kabul edilemez. 24 Yaşından önce poliçeye girmiş ancak yenileme döneminde 24 yaşını aşmış, çocuk statüsündeki sigortalıların, öğrenci belgesi ibraz etmesi durumunda poliçeleri yenilenir.

Personelin ilgili işverenin çalışanı olmadığının tespit edilmesi halinde sigortacının tazminat ödeme yükümlülüğü ortadan kalkar ve ilgili kişi ve ona bağlı bağımlılar poliçeden çıkartılır, ödenmiş tazminatı var ise sigorta ettirene rücu edilir.

Grubun büyüklüğü ve yapısına göre yaş aralıkları için Sigorta ettiren ve Axa Sigorta Şirketi A.Ş. arasında mutabakat varılması halinde farklı uygulamalar yapılabilir.

1. Sigorta başlangıç tarihinde grupta çalışan personel sigorta yılı içinde sigorta teminat kapsamına alınamaz.
2. Grup personeli sigorta kapsamına alınmadığında eş ve / veya çocuğu teminat kapsamına alınamaz.
3. Sigorta başlangıç tarihinden sonra işe alınan personelin grup sigorta kapsamına alınması için aşağıda yazılı belgelerin sigorta ettiren tarafından Şirkete ulaştırılması gerekmektedir.
4. Sigorta ettiren tarafından yazılan sigortaya giriş talep yazısı
5. Sigortaya dahil edilecek personelin işe giriş bildirgesi ile işe giriş tarihinden itibaren 1 ay içinde başvuruda bulunulması.
6. Grubun personel yönetmeliğinde sağlık sigortası uygulamasına özel bir şart var ise Şirkete yazılı olarak bildirilmesi gerekmektedir
7. Sigorta başlangıç tarihinde personelin eşi ve/veya çocuğunun sigorta teminat kapsamına alınmadığı durumlarda, aşağıda yazılı şartlar dışında sigorta ettiren sigorta yılı içinde personelin eş ve / veya çocuğunun poliçe kapsamına dahil edilmesi için talepte bulunamaz.
8. Sigorta ettiren tarafından geç bildirim de bulunulması durumunda Axa Sigorta tarafından yapılacak değerlendirme neticesine göre poliçe kapsamına alınma kararı verilmiş dahi olsa sigorta koruması bildirim tarihinden itibaren başlayacaktır.
9. Poliçe başlangıç tarihinden sonra gelen tüm sigortalı giriş taleplerinde (yeni doğan bebek ve evlat edinilen çocuklar dahil) poliçeye giriş tarihi ile poliçe bitiş tarihi arasında kalan süreye

bağlı olarak Sigortacının hak kazandığı prim tutarı gün esasına göre hesaplanır. Bu prim poliçenin ödemeleri tamamlanmış ise peşin olarak, tamamlanmamış ise kalan vade sayısına bölünerek tahsil edilir.

11.1. Personelin Evlenmesi

Evlilik cüzdanı fotokopisi ile evlilik tarihini takip eden 30 gün içinde sigorta ettiren giriş talep yazısı ekinde başvuruda bulunulması halinde personelin eşi sigorta kapsamına alınabilir.

Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde eş poliçeye ilave edilir

11.2. Personelin Çocuğunun Olması

Bebeğin dünyaya gelmesini takiben, en erken 15 günün sonunda doğum belgesi ile başvuruda bulunulması ve başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde poliçe başvuru tarihi itibarıyla düzenlenir. Bebeğin doğum tarihini takip eden 30 gün içinde yapılmayan başvurularda bebek teminat kapsamına alınamaz.

Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde bebek poliçeye ilave edilir.

11.3. Personelin Evlat Edinmesi

Tüm yasal işlemlerin bitimini takip eden 30 gün içinde Sigorta ettiren giriş talep yazısı ekinde evlat edinme belgesi ile başvurulması ve başvurunun Şirket tarafından kabul halinde, evlat edinilen çocuk poliçeye dahil edilebilir. 30 gün içinde yapılmayan başvurularda, çocuk poliçe kapsamına alınmaz.

Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde çocuk poliçeye ilave edilir

11.4 Sigorta Yılı İçinde Personel Eş ve / veya Çocuğun Sigorta Teminat Kapsamından Çıkarılması

Sigortalı personelin işten ayrılması halinde sigorta ettiren aşağıda yazılı şartlar dahilinde personelin ve ailesinin poliçesini iptal ettirme hakkına sahiptir.

Personelin işten ayrıldığı tarihi takip eden 30 gün içinde, poliçenin iptalini içeren iptal bildirim yazısının Şirkete teslimi gerekmektedir. İptal işlemi iptal bildiriminin yapıldığı tarih itibarıyla yapılacaktır.

İptal edilen sertifikanın prim iadesi gün esasına göre hesaplanır. Poliçesi iptal edilen personelin, eş ve/veya çocuklarının poliçeleri de aynı tarih itibarıyla iptal edilir.

13. SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1. PRİMLERİN ÖDENMEMESİ SONUCU İPTAL

Primler vadesinde ödenmediğinde; Sağlık Sigortası Genel Şartları hükümleri uyarınca poliçe iptal edilir

İptal işlemi aşağıdaki kurallar doğrultusunda gün esasına göre yapılır.

Sigortalıya tazminat ödenmemişse sigortacının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır. Sigortalının ödediği prim tutarı hak edilen primden fazla ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden az ise hak edilen prim ile ödenen prim arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

Sigortalıya tazminat ödenmişse ve ödenen tazminat tutarı, gün esasıyla sigortacının hak ettiği primden fazla ise sigortalının ödediği prim ile ödenen tazminat arasındaki fark sigortalıya iade edilir.

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 kapsamı yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.

13.2. VEFAT SONUCU İPTAL

Sigortalının hastalığı veya yaralanması sonucu tedavi görürken vefat etmesi durumunda; tedavisi için yapılmış olan giderler, poliçenin kapsamı ve teminatları dahilinde tazmin edilir. Sigortacı, tazminatın ödendiği tarih itibarıyla bütün yükümlülüklerini yerine getirmiş olur. Poliçe feshedilir ve gün esasına göre prim iadesi yapılır.

14. POLİÇENİN TEKRAR YÜRÜRLÜĞE GİRMESİ

Poliçe priminin / taksitinin vade tarihinden itibaren 30 gün içerisinde ödenmemesi halinde poliçe iptal edilecektir. Poliçe iptali sonrası 30 gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme neticesinde Sigortacının poliçeyi tekrar yürürlüğe alma, istisna ve / veya hastalık ek primi uygulama, gerekli gördüğü durumlarda doktor muayenesine tabi tutma ve ek tetkik isteme veya başvuruyu kabul etmeme hakkı saklıdır.

15. RÜCU HAKKI

Sigortacı, sigortalının veya doktorun yanlış ve/veya eksik bilgilendirmesi yüzünden poliçenin özel ve genel şartlarına aykırı düşen ödeme yapması durumunda, bu ödemeleri sigortalıya rücu ederek tahsil eder. Sigortacının herhangi bir nedenle poliçe teminatı kapsamında olmayan bir ödeme yapmış olması, sigortalı tarafından kazanılmış bir hak olarak değerlendirilemez. Sigortacının Sağlık Sigortası Genel Şartları, Madde 11'de yer alan rücu hakkı saklıdır.

16. BİLGİLENDİRME

Poliçe kapsamına alınmış sigortalıların her türlü kayıtlı iletişim bilgilerinin (cep telefonu, mail vs) güncelliğini kontrol etmek ve hatalıysa düzeltirmek sigortalı/sigorta ettirenin sorumluluğundadır.

16. VERGİ AVANTAJI:

193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 1 Ocak 1986 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 3239 sayılı kanun ile değişen 63. ve 89. maddeleri gereğince; mükellefin şahsı, eşi ve küçük çocukları için ödeyeceği sağlık sigortası primleri vergi indirimi kapsamındadır. Vergi indirimine ilişkin kural ve sınırları

tanımlayan söz konusu maddeler, 10 Temmuz 2001 tarih ve 24458 numaralı Resmî Gazetede yayımlanan 4697 sayılı kanun ile değiştirilerek 7 Ekim 2001 tarihinden sonra geçerli olmak üzere yeni düzenlemeler getirilmiştir.

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

Söz konusu kanundan yararlanabilmek için;

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

17. KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("6698 sayılı Kanun") uyarınca, kişisel veriler; veri sorumlusu olarak AXA Sigorta A.Ş. ("Şirket") tarafından poliçe ekinde yer alan Kişisel Verilerin Korunmasına ilişkin Aydınlatma ve Rıza metninde belirtilen kapsamda işlenebilecektir. Hasar İşlemlerinin İfası, Hasar Ödemesinin İfası, Hasar Tespitinin, Kontrollerinin İfası, Poliçelendirme ve/veya Operasyon Süreçlerinin Planlanması ve İcrası, Şirketimizin ve İş Ortaklarının Hukuki Haklarının Sağlanması ve Korunması, Talep ve Şikayet Yönetimi, Yetkili Kuruluşlara Mevzuattan Kaynaklı Bilgi Verilmesi amacıyla sağlık verilerinin işlenmesi için poliçe ekinde yer alan Kişisel Verilerin Korunmasına ilişkin Aydınlatma ve Rıza Metninin yeni iş ve yenilemelerde 18 yaş üstü tüm sigortalılar tarafından onaylanması gerekmektedir.

18. VERGİ-RESİM VE HARÇLAR:

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

19. TEBLİGAT ADRESİ:

Bir taraf sözleşmede gösterilen adresini değiştirdiği takdirde, bu hususu, diğer tarafa yazı ile bildirmek durumundadır. Aksi taktirde, eski adrese yapılan tebligat geçerli sayılacaktır.

20-YAPTIRIM (SANCTION) KLOZU

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.

21- YANLIŞ SİGORTA UYGULAMALARI

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Lehtar/Hak Sahibi sıfatını haiz olduğunuz sigorta ilişkisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabileceği gibi Türk Ceza Kanunu ile

30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

C. SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

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

Teminat Dışı Kalan Haller

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

- a) Harp veya harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

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

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- b) 2'nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir.

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

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

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

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

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

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

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

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,

2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,

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

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

Madde 7- Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

1- sözleşmeyi fesheder veya,

2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

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

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

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

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

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

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

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

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâle getirmez. (*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

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

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

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

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

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

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

a) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

c) Gerekli belgelerin teslimi

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

Masrafların Tespiti

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

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

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

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir. a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

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

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

Müşterek Sigorta

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

Sırların Saklı Tutulması

Madde 13- Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

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

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

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

Tebliğ ve İhbarlar

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

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

Yetkili Mahkeme

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

Zaman Aşımı

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

Özel Şartlar

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

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18

A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

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

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

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

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

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

B. Grup Sigortaları

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

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

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

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

Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigortacı ile paylaşılmaması durumunda; sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

C. Aile Sigortaları

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

D.FERDİ KAZA SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Son Düzenleme Tarihi: 1 Temmuz 2006

SİGORTANIN MEVZUU VE ŞÜMULÜ

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

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

Madde 3- Aşağıdaki haller de kaza sayılır:

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

Madde 4

Aşağıdaki haller kaza sayılmaz:

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

Madde 5- Aşağıdaki haller sigortadan hariçtir:

- a) Harp veya harp mahiyetindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma veya bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Grevlere, lokavt edilmiş işçi hareketlerine, halk hareketlerine kavgalara iştirak,
- c) Cürüm ve cinayet işlemek veya bunlara teşebbüs,
- d) Tehlikede bulunan eşhas ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- e) 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.
- f) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj.
- g) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve buna bağlı sabotajlara katılmak.

Suda boğulmalar, sigortanın şumulüne giren bir kaza neticesinde vuku bulmadığı takdirde sigortadan hariçtir.

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

- a) Motosiklet ve takma motorlu bisiklet kullanmak ve bunlara binmek,
- b) Açık deniz balıkçılığı ile sürek ve sürgün avları, yaban domuzu vesaire vahşi hayvan avcılığı ve yüksek dağlarda avcılık,
- c) Dağlara ve cumudiyelere tırmanma sureti ile yapılan dağcılık, kar veya buz üzerinde yapılan bilumum sporlar (kayak, patinaj, hokey ve boksley gibi); cirit oyunu, manialı binicilik, polo, rugbi, eskrim, halter, güreş, boks, basketbol, futbol ve yelken sporları ile ağır ve tehlikeli jimnastik hareketleri ve profesyonel spor hareketleri,
- d) Her nevi spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları,
- e) Havada yolcu sıfatından gayri bir sıfatla uçuş,

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

g) 5 inci maddenin (e) bendinde belirtilen zararlar ve aynı maddenin (g) bendinde belirtilen terör ve sabotaj eylemlerine katılma hali hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

SİGORTANIN MÜLKİ HUDUDU

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

TEMİNAT NEV'İLERİ

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

A)Vefat Teminatı

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

B) Daimi Maluliyet Teminatı

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

Sigorta Bedelinin (%)

İki gözün tamamen kaybı 100

İki kolun veya iki elin tamamen kaybı 100

İki bacağın veya iki ayağın tamamen kaybı 100

Bir kol veya bir el ile beraber bir bacağın

veya bir ayağın tamamen kaybı 100

Umumi felç 100

Şifa bulmaz akıl hastalığı 100

Sağ - Sol(%)

Kolun veya elin tamamen kaybı 60 50

Omuz hareketinin tamamen kaybı 25 20

Dirsek hareketinin tamamen kaybı 20 15

Bilek hareketinin tamamen kaybı 20 15

Baş parmak ile şehadet parmağının tamamen kaybı 30 25

Baş parmak ile beraber şehadet parmağından gayri bir parmağın tamamen kaybı 25 20

Şehadet parmağı ile beraber baş parmaktan gayri bir parmağın tamamen kaybı 20 15

Baş ve şehadet parmaklarından gayri üç parmağın tamamen kaybı 25 20

Yalnız baş parmağın tamamen kaybı 20 15

Yalnız şehadet parmağının tamamen kaybı 15 10

Yalnız orta parmağın tamamen kaybı 10 8

Yalnız yüzük parmağının tamamen kaybı 8 7

Yalnız küçük parmağın tamamen kaybı 7 6

Bir bacağın dizden yukarisından tamamen kaybı 50

Bir bacağın dizden aşağısından tamamen kaybı 40

Bir ayağın tamamen kaybı 40

Bir ayağın bütün parmaklar dahil kısmen kesilmesi 30

Bir kalçanın hareketinin tamamen kaybı 30

Bir dizin hareketinin tamamen kaybı 20

Bir ayak bileği hareketinin tamamen kaybı 15

Bir ayak baş parmağının tamamen kaybı 8

Kırılan bir bacağın iyi kaynamaması 30

Kırılan bir ayağın iyi kaynamaması 20

Kırılan bir diz kapağının iyi kaynamaması 20

Bir bacağın 5 santimetre veya daha fazla kısılması 15

Bir gözün tamamen kaybı veya iki gözün rüyet kudretinin yarı yarıya kaybı 25

Her iki kulağın tamamen sağırılığı 40

Bir kulağın tamamen sağırılığı 10

Kırılan alt çenenin iyi kaynamaması 25

Amudi fikarının bariz inhına ile müterafik hareketsizliği 30

Göğüs kafesinde devamlı şekil bozukluğu yapan kaburga kırıklığı 10

Yukarıdaki cetvelde zikredilmemiş bulunan maluliyetlerin nisbeti, daha az vahim olsalar bile, bunların ehemmiyet derecelerine göre ve cetvelde yazılı nisbetlere kıyasen tayin olunur.

Daimi maluliyet nisbetlerinin tayininde sigortalının meslek ve san'atı nazarı itibara alınmaz.

Bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tabiri, o uzvun veya uzuv kısmının kat'i ve mutlak surette vazife görememesini ve kullanılamamasını ifade eder.

Bir kazadan evvel esasen hiçbir surette vazife göremeyen ve kullanılamayan bir uzvun veya bir uzuv kısmının kaybı tazmin olunmaz.

Bu kazadan evvel kısmen malul bulunan bir uzvun veya bir uzuv kısmının maluliyet nispeti kaza sebebiyle arttığı takdirde tazminat, kazadan evvelki nisbet ile sonraki nisbet arasındaki farka göre hesaplanır.

Aynı kazadan dolayı muhtelif uzuvlarda veya uzuv kısımlarında meydana gelen maluliyetler için ayrı ayrı hesap edilecek tazminatın yekunu poliçede gösterilen meblağı geçemez.

Sigortalı solak olduğu takdirde, yukarıdaki cetvelde sağ ve sol el için tayin olunan nisbetler makûsen tatbik olunur.

C) Gündelik Tazminat

Sigortalı, kaza neticesinde muvakkaten çalışamayacak duruma düşerse, kendisine poliçede yazılı gündelik tazminat ödenir.

Sigortalı, kısmen çalışabilecek durumda bulunduğu veya bilahare kısmen çalışabilecek duruma geldiği takdirde, o tarihten itibaren gündelik tazminat yarıya indirilir.

İşbu tazminat tıbbi tedavinin başladığı günden, sigortalının iyileşerek çalışabilecek duruma geldiği güne kadar ödenir, Ancak bu müddet 200 günü geçemez.

D) Tedavi Masrafları Teminatı

Tedavi masraflarının da sigorta teminatına dahil olduğu poliçede ayrıca tasrih edilmiş olması şartı ile sigortacı, kaza gününden itibaren bir sene zarfında ihtiyar edilmiş doktor ücreti ile ilaç, radyografi, banyo, masaj, hastahane ve diğer tedavi masraflarını (nakil ücretleri hariç) poliçede bu teminat için tesbit olunan meblağa kadar öder.

Tabii veya sun'i sabit dişlere kaza neticesinde arız olan hasarların protez masrafları tedavi masrafları müemmen meblağının azami % 10'una kadar tazmin olunur.

Tedavi masrafları için, sigortalının çalıştığı müessese veya kanunen mecburi sigortalar tarafından vaki tediye sigortacının ödeyeceği tazminattan indirilir.

Tedavi masraflarının müteaddit sigortacılar tarafından temin edilmiş olunması halinde bu masraflar sigortacılar arasında, teminatları nisbetinde paylaşılır.

Sigortacı ödediği tedavi masrafları dolayısı ile mes'ul üçüncü şahıslara karşı tediye ettiği meblağ kadar sigortalının yerine kaim olur.

TEMİNAT NEV'İLERİNİN İÇTİMAI

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

Gündelik tazminat ve tedavi masrafları vefat veya daimi maluliyet tazminatından indirilmez.

KAZANIN NETİCESİNİ AĞIRLAŞTIRAN HALLER

Madde 10- Bir kaza sonunda husule gelen neticeler, kazadan evvel mevcut olan veya sonradan meydana gelen ve her halde kaza ile ilgisi bulunmayan hastalık, bedeni teşekkülâtın bozukluğu veya sigortalının kusuru neticesinde tedavinin kifayetsiz, yanlış veya fena yapılmış olması sebebiyle vahamet

kesbederse, ödenmesi icap eden tazminat miktarı husule gelmiş olan neticeye göre hesap edilmeyip, aynı kazanın tamamen sıhhatli bir kimsede tıbbi tedavinin tam ve fenni bir surette yapılmış olması şart ile tevhit edebileceği neticeye göre tayin edilir.

SİGORTA ETTİRENİN BEYAN MÜKELLEFİYETİ

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

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

1-) Sigorta ettirenin kastı tahakkuk ederse, Sigorta Poliçesi hükümsüzdür.

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

RİZİKONUN DEĞİŞMESİ

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

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

a) ya munzam bir prim almak sureti ile sigortanın devamını kabul eder,

b) veya keyfiyetten haberdar olduğu tarihten itibaren 8 gün içinde mukaveleyi fesheder.

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

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

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

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

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

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ HALİNDE SİGORTA ETTİRENİN VECİBELERİ

Madde 13-

A) Rizikonun Gerçekleştiğinin İhbarı

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

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

B) Tedaviye Başlama ve Lüzumlu Tedbirleri Alma

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

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

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

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

a) Kasten yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar zayi olur.

b) Kusur neticesinde yerine getirilmediği ve bu sebeple kaza neticeleri ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan mes'ul olmaz.

C) Lüzumlu Vesaikin Tevdii

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

RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİNİ MÜTEAKİP MUKAVELENİN DURUMU

Madde 14- Sigortacı veya sigorta ettiren tazminat tediyesini gerektiren bir kazayı müteakip sigorta mukavelesini işlememiş günler için, fesih hakkını haizdir. Fesih hakkı tazminatın tediye edildiği günden sonra kullanılamaz.

Mukaveleyi sigortacı feshettiği takdirde sigorta, fesih ihbarının postaya verildiği tarihten itibaren onbeş gün sonra öğleyn saat 12.00'de sona erer ve işlememiş günlerin primleri, gün esasına göre, sigorta ettirene iade olunur.

Mukaveleyi sigorta ettiren feshettiği takdirde, sigorta feshin ihbarile hükümden düşer ve işlememiş günlere ait primler iade olunmaz.

TAZMİNATIN TESBİT ŞEKLİ

Madde 15

1- Bu poliçe gereğince ödenecek tazminatın miktarı evveleminde taraflar arasında uyuşularak tesbit olunur.

2-Taraflar uyuşamadıkları takdirde tazminat miktarı gerek vefat, daimi maluliyet ve çalışmaktan muvakkaten mahrumiyet hallerinin sebepleri, gerekse maluliyetin derecesi ve gündelik tazminat veya tedavi masrafları gibi tazminat miktarının tesbitine müessir maddi unsurlar göz önünde bulundurulmak suretile hakem bilirkişi marifetile tesbit edilir.

a) Taraflardan her biri kendi hakem bilirkişisini tayin ve irac ve bu iki hakem bilirkişi tesbit muamelesine başlamadan evvel, uyuşamadıkları hususlar hakkında kat'i kararlar ittihazı için ve salahiyeti buna münhasır olmak üzere tayinlerinden en geç yedi gün içinde üçüncü bir hakem bilirkişi seçerler.

Taraflardan biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içinde hakem bilirkişi tayin etmezse, yahut tarafların hakem bilirkişileri üçüncü hakem bilirkişinin intihabı hususunda 7 gün zarfında ittifak edemezlerse ikinci tarafın hakem bilirkişisi veya üçüncü hakem bilirkişi ilk müracaatta bulunan tarafın talebi üzerine, 19'ncu madde gereğince salahiyetli mahkeme tarafından tayin edilir.

b) Sigortalı hakem bilirkişisini tayinden sonra vefat ettiği takdirde dahi hakem bilirkişi vazifesinin intacına kadar salahiyetli kalır.

c) Hakem bilirkişilerden birinin vefatı, istifası veya reddi halinde yenisini tayin salahiyeti, hakem bilirkişisi vefat veya istifa etmiş veya reddedilmiş olan tarafa aittir. Üçüncü hakem bilirkişinin vefatı, istifası veya reddi halinde de yenisinin intihabı salahiyeti evveleminde taraf hakem bilirkişilerine aittir. Bu salahiyetler (a) ve (b) bentleri hükümleri dairesinde ku1lanılır.

d) Taraflar uyuştukları takdirde tespit muamelesini tek hakem bilirkişiye dahi yaptırabilirler.

e) Taraflardan her biri kendi hakem bilirkişisinin ücret ve masraflarını öder, üçüncü hakem bilirkişinin veya tek hakem bilirkişinin ücret ve masrafları taraflar arasında yarı yarıya taksim olunur.

f) Hakem bilirkişi heyeti veya tek hakem bilirkişi tetkikatını icrada Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununun hükümleri ile bağlı olmayıp mutlak surette serbesttir.

g) Hakem bilirkişi kararlarına ancak Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunundaki hakem kararlarına ait itiraz sebeplerine istinaden veya kararın aşikâr bir surette fenne veya hüsnüniyet kaidelerine aykırı olması halinde kararın tebliği tarihinden itibaren 15 gün içerisinde salahiyetli Asliye Mahkemesinde itiraz olunabilir.

3-Hakem bilirkişi heyetinin veya tek hakem bilirkişinin vereceği karar taraflar için kat'ı ve nihai mahiyeti haizdir.

4-Tazminat miktarı taraflar arasında uyuşularak veya hakem bilirkişiler tarafından tespit edilmedikçe tazminatın ödenmesi için sigortacıdan bir guna mütalebatta bulunulamaz.

SİGORTA ÜCRETİNİN ÖDENMESİ VE SİGORTACININ MES'ULİYETİNİN BAŞLAMASI

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

Sigorta ücretinin veya herhangi bir taksitinin vadesinde ödenmemesi halinde sigortacı, sigorta ettirenin kendisine bildirilmiş olan son ikametgâh adresine taahhütlü bir mektup göndererek bir ay içinde ücret veya taksitin ödenmesini, aksi takdirde sigortanın feshedilmiş olacağını ihtar eder. Bu

müddetin hitamında ücret veya taksit tediye edilmemişse, poliçe münfesiş olur. Bu takdirde sigorta ettiren poliçenin münfesiş olduğı güne kadar geçen müddete ait ücret ile masrafları sigortacıya ödemeye mecburdur.

İDARE MASRAFI İLE VERGİ, RESİM VE HARÇLAR

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

İKAMETGÂH

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

SALAHİYETLİ MAHKEME

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

MÜRÜRÜ ZAMAN

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