



A. SAĞLIĞIM TAMAM SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1.SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta, 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 alır.

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

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

Sigortacının sorumluluğu sigorta primi peşin ise tamamının, taksitli ise peşinatın ödenmiş olması kaydıyla poliçe düzenlenmesi sonrasında başlar. Prim kredi kartı ya da havale ile tahsil edilebilir. Prim tahsilatı, peşin ya da poliçe üzerinde belirlenmiş ödeme planına göre yapılır. Peşin ödemelerde sigorta şirketinin belirleyeceği peşin ödeme indirimi uygulanır.

"AXA Sİgorta A.Ş., sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, kamu kurum ve kuruluşlarından ilgili mevzuat çerçevesinde bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir. Şirket, ayrıca sağlık geçmişi ve bunun dışında kalan konulara ilişkin yazılı sorular da sorabilir. Sigorta ettiren, sigortalı ve varsa temsilci, kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermekle yükümlüdür.

Hukuki veya teknik sebeplerle yukarıda tarif edilen şekilde sigortalının bilgilerine erişilemediği takdirde, sözleşme sigorta ettirenin, sigortalının ve temsilci aracılığıyla sigorta yapılıyorsa temsilcinin beyanı ve varsa şirketin yazılı sorularına verilen cevaplara dayanılarak yapılır. Sigorta ettiren, sigortalı ve varsa temsilci, kendisine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermek, kendisince bilinen ve şirketin sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek bütün hâlleri bildirmekle yükümlüdür.

Şirket, ihtiyaç görmesi hâlinde, sigortalının sağlık durumunun tespiti için hekim görüşünün alınmasını isteyebilir.

Hekim görüşü alınmasına dair masraflar sigorta sözleşmesinin yukarıda açıklanan şekilde AXA Sigorta A.Ş. tarafından doğrudan sağlık bilgilerine erişilerek kurulması hâlinde AXA Sigorta A.Ş., sözleşmenin sağlık bilgilerine hukuki ya da teknik sebeplerle erişim



sağlanamaması nedeniyle sigortalı / sigorta ettirenin / temsilcinin beyanının üzerine kurulması hâlinde ise sigorta ettiren veya sigortalı tarafından karşılanır. "

2.TANIMLAR

Acil:

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

1. Trafik Kazası
2. Suda boğulma
3. Darp ve benzeri genel vücut travması (yüksekten düşme, uzuv kopmaları, tüm kırıklar ve çıkıklar, darbe sonucu sinir kopmaları ya da kesilmesi, akut masif kanamalar vb.),
4. Kurşunlanma, bıçaklanma (cürüm ve cürüme teşebbüs hali istisnadır)
5. Tahriş edici madde yanıkları
6. Solunum yolu zehirlenimleri (intihar girişimi kapsam dışıdır)
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 Apendisit
13. Poliçe öncesinde tanı konmuş herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın ani oluşan felçler (yüz felci kapsam dışıdır)
14. Mide delinmesi (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
15. Mide kanaması (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
16. Menenjit, ensefalit ve beyin absesi
17. Elektrik çarpması
18. Donma
19. Göz yaralanmaları
20. İleus (ani barsak tıkanıklığı)
21. Akut Pnömotoraks (akciğerin delinmesi kendiliğinden veya travma sonucu)
22. Akciğer embolisi
23. Beyin embolisi
24. Aort diseksiyonu
25. Ani işitme kaybı
26. Ani görme kaybı
27. Akut pankreatit (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)

Anlaşmalı Kuruluş:

AXA SİGORTA A.Ş. den poliçe almış olan sigortalılara sağlık hizmeti veren ve Sigortacı ile özel anlaşması bulunan hastane, poliklinik, tanı merkezi, fizik tedavi merkezi, eczane ve doktor muayenahaneleridir. Anlaşmalı kuruluşların isimleri, Sigortacı AXA SİGORTA A.Ş

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

*Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026



ye ait www.axasigorta.com.tr adresli web sayfasında belirtilmektedir. İlgili anlaşmalı kuruluşlarda değişiklik yapma hakkı Sigorta Şirketi'nde saklıdır. Anlaşmalı kuruluş, bu ürüne özel, poliçede geçerli olan anlaşmalı kuruluşlardan oluşan network grubunu ifade eder.

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

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

İştirak Oranı: Sigortalının teminat kapsamındaki her bir masrafa poliçede belirtilen oranda katılmasıdır.

Fiyat çalışması ve Bilgilendirme Metni: Sigortalı adayına ait bilgileri ve seçilen teminat limitini, sağlık beyanını, prim ödeme planını, seçilen network tipini içeren ve gerek sözleşmenin müzakeresi gerekse kurulması sırasında sözleşmenin konusu, teminatları ve diğer özellikleri hakkında oluşabilecek bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile sözleşmenin devamı sırasında ortaya çıkabilecek ve sözleşmenin işleyişi ile ilgili olarak sigorta ettireni, sigortalıyı etkileyebilecek nitelikteki değişiklik ve gelişmelerden ilgililerin haberdar edilebilmesini teminen sigortacı tarafından verilen bilgileri içeren metindir. Bu metin, 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.

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

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

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

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



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

Mesleki Hastalıklar: Sigortalının iş yerinde yaptığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir nedenle veya işin yürütüm koşulları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık ve ruhi arıza halleri meslek hastalığı olarak kabul edilir. Asbestozis, silikozis, silikotuberkülozis, kuş gribi vb. hastalıklar, işyerinde bulunan asbest, alüminyum, civa, kadmiyum, kurşun, kromiyum, manganez, arsenik, fosfor, berilyum, vanadium, talium, ağır metal, nikel, talaş, kimyasal maddeler, işyeri ortamında bulundurulmuş virüs ve benzeri biyolojik canlılar, işyerinde maruz kalınan radyasyon ve mekanik ajanların etkisi ile ortaya çıktığı rapor edilen hastalıklar mesleki hastalıklar olarak kabul edilir.

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

Önceden Mevcut Hastalık:

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

Poliçe:

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

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

Sigorta Ettiren:

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

Sigorta Şirketi/Sigortacı:

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

Sigortalı:

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

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

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 TSS170615 5 / 25 ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğdir.

Triyaj Uygulaması Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

*Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026



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 ödenmez

GSS : Genel Sağlık Sigortası

3. SİGORTANIN TEMİNATLARI

3.1.YATARAK TEDAVİ

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

Bu teminatın kullanılabilmesi için gereken şartlar aşağıdaki gibidir;

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

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında yani Sigortalının tercih etmiş olduğu Anlaşmalı Kuruluş dışında gerçekleşen SGK ile anlaşmalı sağlık hizmetlerine ait yatarak tedavi giderleri için **TAZMİNAT ÖDEMELERİ VE İBRAZİ GEREKEN BELGELER** de belirtilen şekilde uygulanacaktır.

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

3.1.1 Ambulans Hizmetleri

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

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

*Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026



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

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

3.1.2 Suni Uzuv Giderleri (Yıllık)

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

3.1.3. Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderleri (Yıllık)

Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile doktor raporu ile gerekli görülen yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, ortopedik boyunluk, tekerlekli sandalye (kalıcı sakatlığın raporlandığı durumlarda kapsam dahilindedir) , ortopedik korseler, ortopedik tabanlık, ortopedik bot (rom walker), “alçı terliği” ; buz kesesi , İleostomi-sistostomi-kolostomi torbalarını ve adaptörleri, yanık örtüsü ve bası giysisi, oturma simidi, klozet yükseltici (kalça ameliyatı sonrası) , varis çorabı, nebulizatör, aerochamber bu teminat kapsamında poliçede belirtilen yıllık limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır. Yukarıda sayılanların dışındaki yardımcı tıbbi malzemeler kapsam dışındadır

3.1.4. Evde Bakım Teminatı (Yıllık)

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.

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

3.1.5. Yatarak Malzeme Teminatı (Yıllık)

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



3.2. AYAKTA TEDAVİ

Ayakta tedavi; 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 Sağlıkım Tamam Sigorta poliçesi anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın AXA Sigorta Sağlıkım Tamam Sigorta poliçesi özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına uygun olması.

Anlaşmasız Sağlık Kuruluşlarında yani Sigortalının tercih etmiş olduğu Anlaşmalı Kuruluş dışında gerçekleşen SGK ile anlaşmalı sağlık hizmetlerine ait ayakta tedavi giderleri için **TAZMİNAT ÖDEMELERİ VE İBRAZİ GEREKEN BELGELER** ' de belirtilen şekilde uygulanacaktır.

Ayakta Tedavi teminatı poliçe dönemi içerisinde maksimum **10 kez** kullanım ile sınırlıdır.

AXA Sigorta Sağlıkım Tamam Sigorta Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve / veya tedaviler AXA Sigorta Sağlıkım Tamam Sigortası anlaşmalı kurumlarında yapılsa dahi poliçe teminat kapsamı dışındadır.

3.3. DOĞUM PAKETİ

- Doğum Paketi teminatı '**Yatarak Doğum Teminatı**' ve '**Gebelik Takip Giderleri**' teminatlarından oluşur ve iki teminat birlikte poliçeye eklenebilir.
- Poliçede, kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 -50 yaş arasındaki kadın sigortalılar doğum paketi ek teminatı alabilir. Kendisi veya eşi konumunda yer alan 18 yaş ve üzerindeki sigortalının doğum teminatı alabilmesi için poliçe başlangıç tarihinde gebe olmaması gerekmektedir.
- Bu teminat, ek prim ödenerek poliçe kapsamı altına alınacaktır. Sadece poliçelerinde ayakta tedavi teminatı olan bireysel 'Sağlıkım Tamam' sağlık sigortası sahibi sigortalılarımız, doğum paketi ek teminatı satın alabilirler.
- Doğum teminatı bulunan poliçede gebelik ile ilgili giderlerin karşılanabilmesi için 5 aylık bekleme süresi uygulanmaktadır. Bu süre sigortalının doğum paketinin poliçeye dahil olmasından itibaren başlayacaktır. Diğer sigorta şirketinden geçişlerde, diğer sigorta şirketinde doğum teminatı bulursa dahi Axa Sigorta'daki poliçesinde 5 aylık bekleme süresi, sigortalının doğum teminatı bulunan Axa Sigorta poliçesi kapsamına dahil olmasından itibaren başlayacaktır.
- Gebelik hakedişi hesaplamasında sigortalının Son Adet Tarihi (SAT) dikkate alınır. SAT'ın 5 aylık bekleme süresi sonrasında ve gebelik takibinde yapılan ultrasonografi bulguları ile uyumlu olması gerekmektedir.



- 5 aylık bekleme süresi tamamlanmadan başlayan gebelik ile ilgili tüm giderler poliçe teminat kapsamı dışındadır. Yenileme döneminde; Doğum teminatına ara verilmesi ve poliçeye doğum teminatının tekrar dahil edilmesi durumunda bekleme süresi yeniden başlar.
- Doğum Paketi ek teminatı poliçe düzenlenirken eklenebilir. Yıl içerisinde Doğum Paketi ek teminatı satın alınamaz.
- **Yatarak Doğum Teminatı:** Normal doğum, sezaryen, doğum ve hamilelik komplikasyonları ile ilgili yatarak yapılan tüm tedavilere ait giderler (düşük, düşük tehdidi, tıbbi gereklilik durumlarındaki kürtaj, hiperemesis v.b.) Poliçede belirtilen ‘Yatarak Doğum Teminatı’ limit ve ödeme yüzdesi kapsamında karşılanır.
- Yatarak Doğum Teminatı kapsamına giren normal doğum ve sezaryen doğum giderleri 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir.
- **Gebelik Takip Giderleri.** Gebelik ile ilgili doktor muayeneleri, gebelik ile ilgili rutin tahliller, gebelik testleri, TORCH testleri, mutak kontroller, obstetrik ultrason, amniosentez, NST, Üçlü Tarama Testi vb ilgili giderler bu teminat kapsamında değerlendirilir.
- ‘Gebelik Takip Giderleri’ poliçe dönemi içerisinde maksimum **10 kez** kullanım ile sınırlıdır.
- Yukarıda bahsedilen giderler dışında bebeğe ait sağlık giderleri (gebelik, doğum esnasında oluşabilecek komplikasyonlar, ek müdahaleler, bebek masrafları, kuvöz veya benzeri durumlar) için teminatlar geçerli değildir.
- Dış gebelik giderleri yatarak tedavi teminatı kapsamında değerlendirilir.
- **AXA BEBEK:** Sigortalının poliçesinde doğum ek teminatı bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, yeni doğan bebekler doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde sigortacıya bildirim yapılması koşuluyla AXA BEBEK ayrıcalığı ile doğum tarihi itibarıyla sigortalıdır. Poliçeye girişi yapılacak olan bebeklerin sağlık durumlarının sigorta şirketi risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunması ön şarttır. Risk değerlendirme sonucuna göre poliçe kapsamına alınması uygun bulunan bebek AXA SİGORTA A.Ş. bebeği olur ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır. AXA SİGORTA A.Ş. bebeklerine bekleme süreleri uygulanmaz.
- Şirketimizde poliçesi mevcut olup doğum teminatına hak kazanmayan sigortalıların bebekleri, risk değerlendirme yapılarak sağlıklı olmaları şartıyla en erken 15. günden sigortalıdır. Sigorta kapsamına alınabilmesi için sağlık başvuru formu ve doğum belgesi’nin, AXA Sigorta’ya iletilmesi gerekmektedir. Gerekmesi halinde çıkış epikrizi de talep edilerek değerlendirme yapılabilir.

3.4.Diğer Teminatlar

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

4.BEkleme Süreleri

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

*Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026



Aşağıda belirtilen hastalık ve komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, rahatsızlığın ani veya kaza sonucu olarak ortaya çıkmasına bakılmaksızın sigorta başlangıç tarihinden itibaren **3 ay** süre ile kapsam dışındadır.

- 1-Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşlı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel
- 2-Her türlü disk hernisi (bel fıtığı, boyun fıtığı vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemler, fizik tedavi işlemleri
- 3-Her türlü fıtık (kasık fıtığı, mide fıtığı vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, hemoroid, fistül, fissür ve perianal abse ameliyatları, tonsillit ,geniz eti ,sinüzit ve orta kulak cerrahisi
- 4-Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
- 5-Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.
- 6-Polip, lipom, kist, nodül ve benzeri oluşumlar ile maling karakter içermeyen her türlü iyi huylu kitle,(lipom, nevüs (ben), siğil alımı vb..)
- 7-Uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim; uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar
- 8-Tuzak nöropatiler, halluks valgus, tetik parmak,
- 9-‘Doğum Paketi’ ek teminatı alan sigortalılar için; hamilelik ve doğum giderleri 5 aylık bekleme süresine tabidir.

(‘Doğum Paketi’ ek teminatı almayan sigortalılar için ilgili teminat kapsam dışındadır.)

5.TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER

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

1. Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
2. Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
3. Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
4. Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
5. Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
6. 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

7. Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
8. Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.
9. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve komplikasyonları,
10. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri,
11. SGK tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
12. SGK ile işlem yapılmayan tedavilere ait sağlık giderleri (acil durumlarda dahil)
13. Poliçede belirtilen kullanım adedini ve/veya teminat limitini ve/veya katılım payını aşan ayakta tedavi giderleri,
14. İlaçlar, tetkikler için kullanılan kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri, enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb., alerjik hastalıklara yönelik aşı tedavileri (immünoterapi),
15. 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,
16. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her branşta muayene, tetkik, tedavi ve bunların komplikasyonlarına ait her türlü giderler,
17. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler, multifokal lens gibi kırma kusurunu düzeltici etkisi bulunan lensler dahil) konuşma ve ses terapisi
18. Yurtdışında gerçekleşen ilaç masrafları ve her türlü sağlık gideri, yurtdışından getirilecek olan her türlü ilaç,
19. Yol, gündelik iş görememe, gündelik bakım, rehabilitasyon, check up, ikinci refakatçi ücretleri, lüks ve suit oda farkları ve özel harcamalar,
20. Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermioqram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimosiz vb..) kişi cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penil-protez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri,
21. Aksine bir sözleşme yoksa, gebelikle ilgili her türlü gider, doğum ve yeni doğan bebek masrafları,
22. 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,
23. Sebep ne olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejun-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,

24. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.) telenjektazi, cilt hemangiomları, ksantalezma, yüzeysel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), aksesuar meme cerrahisi, estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi; jinekomasti ile ilgili her türlü gider; polipe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar
25. Omurga şekil bozuklukları tedavisi ile ilgili giderler, Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR,septoplasti, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları) ile ameliyat ve girişimler, horlama nedenli yapılan tüm ameliyat ve girişimler,
26. 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, (yeni doğan işitme testi ve yenidoğan kalça usg hariç) , el'bilek grafileri, skolyoz tetkiki , inmemiş ve retraktıl testis, polikistik böbrek, veziko üreteral reflü-VUR tetkikleri vb.), Labial füzyon,probing ; 2 yaşına kadar oratya çıkan hidrosel yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb.),
27. Kök hücre nakli ve tedavi amaçlı kök hücre çalışmaları, embriyo klonlanması, bu klonlama sonrasında elde edilen hücreler ile yapılan her türlü tedavi ve nakil işlemleri, kordon kanı alımı, saklanması ve kordon kanı bankasına ilişkin giderler,
28. Organ naklinde ve kan transfüzyonunda; organın, kan ürünlerinin ve vericinin masrafları ile organ ve/veya dokuya ait tüm giderler, kemik iliği nakillerinde donöre ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
29. Bir polipe dönemi içinde oluşabilecek tüm ameliyat malzemeleri için 40.000 TL yi aşan giderler,
30. 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
31. 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,
32. Belirli bir rahatsızlık veya hastalık şüphesi olmaksızın yapılan kontrol amaçlı inceleme ve tedaviler (tarama testleri, aşılama kontrol testleri, homosistein vb, viral markerlar, Ca markerları vb), diyetisyen ücretleri, diyetisyen talepli tetkikler ve koruyucu tıbbi hizmetler
33. Yüzeysel varislere yönelik her tür girişim ve tedavi (skleroterapi, lazer, radyo frekans vb. kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi),
34. AXA Sigortanın acil merkezi dışında oluşan ambulans giderleri
35. Evde bakım teminatı kapsamı dışındaki özel hemşirelik hizmetlerine ait giderler

36. 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,
37. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları (robotik cerrahi kira bedeli, uyku apnesi cihazı , uyku cihazı eşliğinde yapılan (cihaz titrasyonu vb) testler ,cihazın bakım ve kalibrasyonuna ait giderler, holter cihazı, işitme cihazı vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar.
38. Tehlikeli sporların (her tür amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşütçülük, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış, binicilik, vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri 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. Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar poliçe kapsamı dışındadır.
39. Yalancı gebelik (psikolojik gebelik) ile ilgili giderler, erken doğum (Prematürite) ve Düşük Doğum Ağırlığı (SGA) ile ilgili sağlık giderleri, doğum kontrol yöntemleri, Tıbbi gereklilik dışında küretaj giderleri
40. Yapıldığı kuruma bakılmaksızın her türlü geleneksel,tamamlayıcı ve tüm alternatif tedaviler (akupunktur, mezoterapi, magnetoterapi, oksiterapi, CO2, nöral terapi, şiroprakti, PRP (Platelet Rich Plasma) reiki, ayurveda vb.)masaj masrafları, her türlü hidroterapi, çamur banyoları masrafları, asteni tedavisi, PERTH (Pulsating Energy Resonance Therapy- Pulsatil Enerji Rezonans Tedavisi), tedavi amaçlı olsa dahi botox ve ozon uygulamaları, hekim/tıp doktoru olmayan kişilerin uyguladığı tedaviler,

6.COĞRAFİ KAPSAM

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

7.TEMİNAT UYGULAMA ESASLARI

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

Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede yatarak yapılan tedavisinin devam ettiği durumlarda, bu tedaviler poliçe bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçmemek kaydıyla Yatarak Tedavi Masrafları Teminat 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 haller ve belgeler ile birlikte daha sonra AXA Sigorta A.Ş. ‘den tazminat talebinde bulunur.

AXA Sigorta A.Ş. iş bu poliçe için geçerli anlaşmalı kurumları listesinde değişiklik yapma hakkı saklıdır. Listenin güncel hali www.axasigorta.com.tr adresinde yer almaktadır.

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, yatarak tedavilere ait fark faturaları poliçede belirtilen anlaşmasız kuruluş limiti ile sonradan ödeme (elden ödeme) kapsamında karşılanır (doğum giderleri hariç).

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 yatarak ve ayakta tedavilerde 3 SUT 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;
 - 1- **Anlaşmasız kurum ayakta tedavi giderleri** (muayene, laboratuvar, radyoloji, fizik tedavi, endoskopi ,ileri tetkikler vb) Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 3 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır. (**Vaka başı 2.500 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
 - 2- **Anlaşmasız kurum, Ameliyat /küçük müdahale (paket hizmetler) giderleri;**
Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 3 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır. Özellikle malzemelerde SUT Tarifesi’nin x 0,25 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır.
 - 3- **Anlaşmasız kurum medikal yatış giderleri ;** Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 3 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılanır. (**Günlük 2.500 TL** ‘ye kadar olan

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

***Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026**



yatarak medikal yatış faturasında 3 SUT hesaplaması yapılmaz, sigortalının yatarak tedavi teminat limitinden düşer)

- 4- Doğum teminatına konu olan işlemler için geri ödeme yapılmaz.
- 5- İlave ücret alınmaz maddesine giren işlemler için geri ödeme yapılmaz.

Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri hiçbir şekilde karşılanmaz. İlave ücret alınmayan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibidir. Ancak, Genel Sağlık Sigortası'nda 'İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri' değiştiği takdirde aşağıdaki liste de aynı şekilde değişecektir. • Acil servislerde verilen ve acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri, • Yoğun bakım hizmetleri, • Yanık tedavisi hizmetleri, • Kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri), • Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri, • Organ, doku ve hücre nakilleri, • Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri, • Diyaliz tedavileri, • Kardiyovasküler cerrahi işlemler için geri ödeme yapılmaz

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

Police bitiş tarihinde sigortalının hastanede yatarak yapılan tedavisinin devam ettiği durumlarda, bu tedaviler police bitiş tarihinden itibaren 10 günü geçmemek kaydıyla Yatarak Tedavi Masrafları Teminatı kapsamındadır

Sigorta şirketi, hastane ve doktorlardan kaynaklanan hatalı tedavi ve ameliyat neticesi oluşabilecek komplikasyonlardan ve anlaşmalı kurumların hizmet kusurları nedeniyle sigortalının uğrayacağı mağduriyetten sorumlu tutulamaz.

Halefiyet (Hakların Devri) İlkesi

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

Tazminat Ödemesine İlişkin Bilgilerin Gönderildiği Kurumlar

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

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.

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.

Yatarak Tedavi Giderleri İçin

- Sağlık giderini belgeleyen isme düzenlenmiş dökümlü fatura asılları
- 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.
- 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.

Ayakta Tedavi Giderleri İçin

- Tedaviyi yapan doktor tarafından tanzim edilen Tazminat Talep Formu/Epikriz/Hasta Bilgi Formuna ilaveten;
- Sağlık giderini belgeleyen isme düzenlenmiş dökümlü fatura asılları,
- Yapılan tetkikler için doktorun yazdığı gerekçeli istem belgesi ve tetkiklerin sonuçları,
- Doktor muayene giderleri için, hastane / kliniğin isme yazılı faturası veya muayene eden doktorun adı, soyadı ve branşı ile bağlı bulunduğu vergi dairesi ve hesap numarasını gösteren resmi serbest meslek makbuzu,
- Fizik tedavi giderleri için tedavinin içeriği ve seans sayısının belirtildiği doktor raporu,
- 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 ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ

Sigortacı, ürün özel şartlarında, teminat içeriğinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve poliçe primlerde değişiklik yapılabilir. Yapılan değişiklikler, her bir sigortalı için poliçenin yenileme tarihinden itibaren geçerli olur. Vadesi dolan sağlık sigortası poliçesi 30 gün içinde yenilenmelidir. Poliçenin 30 gün içinde yenilenmemesi durumunda sigortalı mevcut haklarını kaybeder ve ilk defa başvuran bir müşteri olarak kabul edilir.



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

Plan değişikliklerinde, daha üst veya geniş kapsamlı bir plan ile sigortalanma talebi olan sigortalılar için AXA Sigorta A.Ş. yeniden değerlendirme yapabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi (“ÖBYG”): 23.10.2013 tarihli ve 28800 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği kapsamında 01.01.2026 tarihinden sonra tanzim edilen poliçeler için, poliçenin sigortalı tarafından **65** yaşını doldurmadan önce satın alınmış olma koşulu ile aynı plan ile 3 yıl kesintisiz sigortalı olan ve son 3 yıl hasar/prim oranının % 80’in altında olan sigortalılara ÖBYG verilecektir. AXA Sigorta A.Ş. yapacağı değerlendirme kapsamında sigortalının mevcut veya riskli hastalık ve rahatsızlıklarına istinaden ek prim, limit veya katılım payı uygulayabilir ya da bu rahatsızlıkları kapsam dışında bırakabilir. Bu durumda ÖBYG’ye hak kazanılması durumunda söz konusu ilave şartlar planın parçası olarak geçerli olmaya devam edecektir.

AXA SİGORTA A.Ş. % 80 hasar/prim kuralına uymayan sigortalılara da medikal değerlendirme sonucunda uygun bulunmaları halinde ÖBYG verebilecektir. ÖBYG değerlendirmesi esnasında sigortalıların mevcut riskli hastalıklarına dair poliçe şartları (muafiyet, katılım payı , medikal ek prim uygulamaları ile) yeniden belirlenebilir.

Axa Sigorta A. Ş. bu değerlendirme öncesi sigortalılardan güncel durumları ile ilgili sağlık beyanı talep edebilir.

Şirketimizde özel sağlık sigortalarında ÖBYG hak elde etmek için geçerli yaş sınırı sigortalı lehine en fazla **68** dir.

1 Ocak 2026 tarihinden önce tanzim edilmiş veya yenilenmiş olan mevcut poliçelerdeki ömür boyu yenilemegarantisi hakları veya ömür boyu yenileme garantisi hak kazanma şartları poliçenin ilk düzenlendiği tarihteki poliçe özel şartları ve tarifeleri çerçevesinde korunmaya devam edecektir ÖBYG taahhüdü poliçede yazılan tüm ana teminatlar için verilir. Ana teminatlar haricinde sunulan ek teminatlar ve sağlanan ek faydalar (Asistans teminatları gibi) ÖBYG kapsamında değildir.

AXA Sigorta A.Ş de Bireysel Sağlık poliçesi olan kişilerin yeni doğan bebeklerinin Sigortacı risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunarak poliçeye dahil edilmesi halinde, poliçe kapsamına alınan bebek AXA SİGORTA A.Ş. Bebeği olur ve ÖBYG hakkı kazanır. AXA SİGORTA A.Ş. Bebeklerine bekleme süreleri uygulanmaz. Konjenital Hastalıkları ise kapsam dışındadır. Poliçeye girişi yapılacak olan bebeklerin sağlık durumlarının sigorta şirketi risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunması bu konudaki ön şarttır.

ÖBYG kişiye özeldir, poliçedeki her bir fert için ayrı değerlendirme yapılır.

ÖBYG hakkı kazanan sigortalıların poliçeleri aynı plan ile ömür boyu yenilenir, poliçe dönemi içerisinde ortaya çıkan riskleri yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmaz, teminat kapsamını daraltamaz, ek prim, üst limit ve katılım protokolü uygulanmaz. Sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında sigortalı aleyhine değişiklik yapılmaz.

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

***Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026**



ÖBYG hakkı kazanan sigortalılara poliçe dönemi içerisinde yaptıkları harcamalardan dolayı kişiye özel kullanıma bağlı ek prim uygulanmaz.

ÖBYG hakkı kazanan sigortalılara bu hakkı kazandıkları anda sahip oldukları sağlık ürün ve planı üzerinden poliçe yenilemesi yapılacağı garantisi verilir. İlgili ürün ve plana ait şartlar ve bilgiler sigortalı aleyhine değiştirilmez, teminat kapsamı daraltılmaz, katılım payı arttırılmaz, özel şartlarda aleyhine değişiklik yapılmaz.

Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve ÖBYG hak kazanmış sigortalıların, sigorta sözleşmesinin yürürlüğe girdiği beşinci yılın sona ermesini izleyen dönemde yeni teşhis edilen konjenital (doğumsal) hastalıklara ilişkin tazminat talepleri ve Konka rahatsızlıkları kapsam dahilinde değerlendirilir. Bu uygulama poliçenizin özel şartlarında teminat dışı kalan haller bölümünde yer alan ‘Ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, nazal valv operasyonları), horlama tedavisi ve ameliyatları, her türlü omurga şekil bozukluğu ameliyatları ve giderleri, 6 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fitikleri ile ilgili ameliyat ve giderlerini’ kapsamaz.

ÖBYG hakkı kazanan sigortalının biten poliçesinden farklı bir ürüne geçiş talebi olması halinde, bu talep sigortacı tarafından değerlendirilir. Sigortalının ürün değişiklik talebi şirketin risk kabul uzmanları tarafından değerlendirmeye alınarak uygun görülenler için izin verilir. 61 yaşından büyük sigortalılar daha üst veya geniş kapsamlı ürüne geçiş yapamazlar.

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

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

Grup poliçesi kapsamındaki sigortalının ömür boyu yenileme garantisine ilişkin kazanımları, kişi gruptan ayrılıp bireysel özel Sağlık ürünlerine geçiş yaptıktan sonra sonuç doğurur.

Grup sözleşmesi kapsamında ÖBYG hakkı kazanan sigortalının tabi olduğu grup planından ayrılarak AXA SİGORTA A.Ş. nezdinde aynı veya benzer bireysel bir plana dâhil olması hâlinde ÖBYG hakkının korunması esastır.

Bunun için grup poliçelerinin iptal edildiği tarihten itibaren ilk 30 gün içerisinde şirketimiz satış kanalları aracılığıyla ferdi sağlık poliçesi talep etmeleri gerekmektedir.

Ancak sigortalının daha üst veya geniş kapsamlı bir plana geçmek istemesi halinde ÖBYG hakkı AXA SİGORTA A.Ş. tarafından yeniden değerlendirilebilir. AXA SİGORTA A.Ş. bu değerlendirme sonucunda kişinin ÖBYG hakkının devam etmemesine karar verebilir.

10.YENİ GİRİŞ İŞLEMLERİ

Bu sigorta SGK tarafından kapsama alınan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde ikamet edenler için geçerli olacaktır.

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

Sigortalının poliçesinde doğum ek teminatı bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, yeni doğan bebekler doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde sigortacıya bildirim yapılması koşuluyla AXA BEBEK ayrıcalığı ile doğum tarihi itibarıyla sigortalıdır.

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

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

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

10.1. Sigorta Yılı İçinde Sigortaya Girişler

Sigorta başlangıç tarihinde eşi ve/veya çocuğunu sigorta teminat kapsamına alamayan sigortalı, sadece aşağıda yazılı şartlar dahilinde sigorta süresi içerisinde eşini ve/veya çocuğunu poliçe kapsamına almak için başvuruda bulunabilir. Başvurunun sigortacı tarafından kabul edilmesi ve tarafların, başta ödenecek primler olmak üzere her şartta karşılıklı olarak anlaşması halinde eş ve/veya çocuk poliçeye ilave edilir. İlgili poliçedeki prim sadece sigortalı için geçerli olup prim ödemesi yapılmaksızın herhangi bir kişiye sağlık poliçesi açılmaz. Yeni doğan bebekler ile evlat edinilenler ancak ek prim ile poliçeye dahil edilebilir.

Evlilik: Sigortalının yıl içinde eşini poliçeye dahil etmek istemesi halinde; evlilik cüzdanı fotokopisi ve sigorta ettiren tarafından tanzim edilen Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile birlikte evlilik tarihini takip eden 90 gün içerisinde teminat kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir.

Yeni Doğan Bebek: Sigortalı, doğum belgesi ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile birlikte bebek doğduktan 15 gün sonra doğumu takip eden 90 gün içinde bebeğinin poliçe kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir. Eğer bebek başvuru tarihinde halen hastanede tedavi görmekte ise, poliçe kapsamına alınması için bebek taburcu olana kadar beklenir. Taburcu olan bebeğin tüm rapor ve sonuçları sigortacı tarafından incelendikten sonra teminat kapsamına alınıp alınmayacağına karar verilir.

Yeni doğan bebekler, 37.haftadan erken doğan veya 2.500 gr altında doğum ağırlığına sahip bebekler sağlıklı olduklarına dair alınacak doktor raporu ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu doldurulması şartı ile sigorta kapsamına alınabileceklerdir. Sağlıklı olmayan prematüre



bebekler için 6 ay sonra alınacak doktor raporu ile sigortaya giriş için yeniden değerlendirme yapılacaktır.

Erken doğan bebekler sigorta kapsamına alınmaya karar verildiğinde, ‘Prematürelilik İle İlgili Giderler ve Tüm Sistemik Komplikasyonları kapsam dışı tutularak’’ poliçe tanzim edilir. 36 hafta ve altında doğan bebekler prematüre olarak değerlendirilir.

Evlat Edinme: Sigortalı, gerekli resmi belgeler ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile evlat edinme tarihini takip eden 90 gün içinde evlatlık çocuğunun poliçe teminat kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir.

Resmi olarak evlat edinme gerçekleşmeden, koruyucu aile kapsamındaki çocuklar Koruyucu aile olduklarını ibraz etmeleri durumunda sigorta kapsamına alınabilecektir. Sigorta ettiren, gerekli resmi belgeler ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile evlat edinme tarihini takip eden 90 gün içinde evlatlık çocuğunun poliçe teminat kapsamına alınması için başvuruda bulunabilir. Başvurunun Sigortacı tarafından kabul edilmesi halinde çocuğun poliçesi başvuru tarihi itibarıyla düzenlenir.

Koruyucu aile hizmetinden yararlandırılan çocukların aile poliçesine dahil edilebilmesi için aile tarafından Bakanlık ilgili birimlerinden alınmış koruyucu aile olduğunu gösterir belge ibraz edilmesi gerekmektedir. Ayrıca KVKK kapsamında gerekli aydınlatma bildirimlerinin sigorta ettirene yapılması gerekmektedir.

İlgili uygulama sadece Bireysel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünleri için geçerlidir.

Sigortalı Eş ve/veya Çocuğunun Bir Başka Sigorta Şirketinde Sigortalı ya da Yurtdışında Olması: Sigortalı eş ve/veya çocuğunun vadesi sona eren poliçesi ve Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile diğer şirketteki poliçe bitiş tarihini takip eden 60 gün içinde başvuruda bulunabilir. Yurt dışından dönüşü gerçekleşen eş ve/veya çocuğun poliçeye dahil edilebilmesi için dönüş tarihinden itibaren 60 gün içerisinde Ferdi Sağlık Başvuru Formu ve pasaport bilgileri (fotokopi) ile birlikte başvuruda bulunabilir.

Askerlik Dönüşü Sigortaya Yeniden Dahil Edilme: AXA SİGORTA A.Ş.’ de en az 12 ay devam eden poliçesinin olması ve askerlik nedeni ile poliçesinin sona ermesi halinde sigortalı, askerlik terhis tarihinden itibaren 90 gün içinde Ferdi Sağlık Başvuru Formu ile birlikte başvuruda bulunabilir. Sigortalının sağlık durumunda değişiklik olmaması halinde eski poliçesine ait geçmiş yıllarından gelen hakları saklı kalmak koşulu ile yeni poliçesi tanzim edilir.

11.PRİM TESPİTİ

11.1. Ürün Tablo Fiyatı Nedir?

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

11.2. Tablo Fiyatı Hangi Kriterlere Göre Değerlendirilmektedir?

Ürünlerimizin tablo fiyatlarını belirlerken, medikal enflasyon (Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi’ ne bağlı uygulama ve yıllık fiyatlandırma değişimi, özel hastane cari

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr Ticaret Sicil No: 98645 Büyük Mükellefler V.D. 649 00 399 46 Mersis No: 0649003994600011

*Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026



fiyatlarındaki değişiklikler, ilaç fiyatlarındaki değişim, ameliyatlarda kullanılan sarf malzeme fiyat artışı, teknolojiye yeni gelişmelere bağlı olarak karşımıza çıkan yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin maliyetleri), ürün kar zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görünen hastalık ve tedavi risk dağılımındaki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün tablo fiyatları gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilir ve değiştirilebilir.

11.3. Prime İlişkin Düzenlemeler

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

Sağlıklı Yaşam İndirimine 1. Kademedan giriş yapılır.

11.3.2. Yenilemede prim tespiti:

ÖBYG'ye hak kazanmış müşteriler için en fazla ürün tablo fiyatı uygulanır. ÖBYGnin ek prim ile birlikte verildiği hallerde yenileme sırasında hesaplanacak prim, en fazla ürün tablo fiyatının ilk başta uygulanan ek prim oranı kadar üzerinde olabilir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisi ne hak kazanmamış müşteriler için:

Primi artıran/azaltan durumlar olabilir. Detayı aşağıdaki maddede belirtilmiştir.

Ayrıca ilave olarak hak kazanabilecekleri indirimlerle ilgili 'Sağlıklı Yaşam İndirimi' uygulamaları **11.3.3. Sağlıklı Yaşam İndirimi** maddesinde belirtilmiştir.

Primi arttıran/azaltan durumlar:

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

11.3.3. Sağlıklı Yaşam İndirimi:

AXA Sigorta Sağlıklı Yaşam İndirimi; bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası ürünlerinde uygulanmaktadır. Bu ürünler; Sağlığım Tamam Sigortası, Sağlığım Tamam Tutumlu Sigortası ve Sağlığım Tamam B Plan Sigortası ürünleridir.

AXA Sigorta Sağlıklı Yaşam İndirimi 8 kademedan oluşmaktadır.

İlk kez sigortalananak yeni iş ve farklı şirketten transfer olan kişiler için Sağlıklı Yaşam İndirimi 1. Kademedan başlamaktadır.

Kesintisiz olarak poliçe yenilendiği süre boyunca, kullanım oranlarına bağlı olarak değişen Sağlıklı Yaşam İndirimi oranları artabilir, mevcut indirim korunabilir ya da azalabilmektedir.

Sağlıklı Yaşam İndirimi, yenilemesi yapılacak olan poliçedeki sigortalıların hasar prim oranlarına göre belirlenmektedir. Buna göre;

- Hasar prim oranı %35 ve altında ise bir üst kademe,
- Hasar prim oranı %35 (hariç) ile %70 (dâhil) arasında ise aynı kademe,
- Hasar prim oranı %70 (hariç) %200 (dâhil) arasında ise bir alt kademe,

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

*Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026



- Hasar prim %200 (dâhil) den yüksek ise iki alt kademe ile poliçe yenilenir.

Kademeli İndirim basamakları ve kademelere denk gelen indirim oranları aşağıdaki gibidir;

İndirim Kademesi	İndirim Oranı
1	% 0
2	%10
3	%20
4	%30
5	%35
6	%40
7	%45
8	%50

12.GEÇİŞ İŞLEMLERİ VE KAZANILMIŞ HAKLAR

Bir başka sigorta şirketinde ferdi veya grup sağlık poliçesi olan kişilerin, AXA SİGORTA A.Ş.' den poliçe satın almak istemeleri halinde, haklarının devamı ve geçiş kabul edilebilmeleri, AXA Sigorta A.Ş. tarafından kabul edilmelerine bağlıdır. Değerlendirme sonrası uygun bulunan kişiler AXA Sigorta A.Ş.'ye geçiş yapabilir. Geçiş için önceki poliçe bitiş tarihinden itibaren 60 gün içinde teminat altına alınmaları gerekmektedir. 60 günlük süreç içerisinde poliçe tanzimi yapılmaması halinde geçiş kabul edilmeyeceklerdir.

Diğer şirketten alınan transfer bilgilerine istinaden en az 3 yıl kesintisiz sağlık poliçesi olan ve daha önce ÖBYG almış sigortalılar, ferdi sağlık başvuru formları ve gerekli görülebilecek raporlar ile medikal değerlendirmeye alınırlar. Medikal değerlendirme sonucunda transfer olarak alınan kişiler için geçiş işlemlerinde sigortalı 23.10.2013 tarihli ve 28800 sayılı Resmi Gazet'de yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği belirtilen asgari koşulları sağlayarak ÖBYG elde etmişse ÖBYG hakkı şirketimiz de devam edecektir.

Ancak daha üst ve geniş kapsamlı bir plan ile geçiş yapılırsa AXA SİGORTA A.Ş yeniden değerlendirme yapabilecektir.

Geçiş işlemlerinde sigortalı anılan yönetmelikte belirtilen asgari koşulları sağlamadan ÖBYG kazanmışsa AXA SİGORTA A.Ş yeniden değerlendirme yapabilecektir.

Geçiş işlemlerinde, bekleme süresi tamamlanmış teminatlar için şirketimizde yeniden bekleme süresi uygulanmamaktadır.

Önceki şirkette belirlenen bekleme süreleri tamamlandıktan sonra gerçekleşen geçişlerde, AXA SİGORTA A.Ş. yalnızca önceki poliçede yer almayan teminatlar için bekleme süresi uygulanabilir

Bekleme süreleri tamamlanmadan başka bir şirkete geçiş yapılması durumunda ise, önceki şirkette geçirilen süre şirketimizde uygulanacak olan bekleme süresinden düşülür. Bu kural doğum teminatı için geçerli değildir

3 yaşından küçük ve eski şirketinde doğum tarihi itibarıyla Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan bebekler için 3 yıllık kesintisiz sigortalı olma şartı aranmaz.

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

*Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026



Diğer sigorta şirketlerinden geçişlerde sigortalılar için üst yaş limiti 65'dir.

65 yaş ve üzeri adayların transfer başvuruları kabul edilmez .

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

Gebelik Takip Giderleri kapsamına giren tüm giderler için 5 ay bekleme süresi uygulanacaktır.

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

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

13.SİGORTA SÖZLEŞMESİNİN SONA ERME ESASLARI

13.1.Prim Borcu Nedeniyle iptal uygulamaları aşağıdaki gibidir;

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

13.2.Prim Borcu Nedeniyle iptal poliçenin yürürlüğe alınması;

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

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

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

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

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

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

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

- Sigorta ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini sigortacıdan talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içeriğinde imza, güncel tarih bulunan iptal beyanının sigortacıya ulaştırılması gerekmektedir.
- Sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talebinde bulunursa ve bu süre içerisinde sigortalıya herhangi bir **tazminat ödenmemişse**, ödenen primler 5 iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir.
- Sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk 30 günden sonra gelen iptal taleplerinde sigortacının gün esasına göre hak ettiği prim hesaplanır. Ödenen prim tutarı hak edilen primden fazla ise ödenen prim tutarı ile hak edilen prim arasındaki fark sigorta ettirene iade edilir.
- Sigorta ettiren isteği ile Gün Esaslı iptal edilmiş poliçeler daha sonra yürürlüğe (meriyete) alınamaz, talep gelmesi durumunda yeniden değerlendirme yapılarak yeni iş poliçe tanzim edilebilir.
- Sigorta kapsamında olmayan kişilerin teminatlardan yararlandırılması veya aile kapsamındaki sigortalıların sağlık gideri belgelerini poliçe kapsamındaki diğer sigortalılar adına düzenlettirmesi gibi kötü niyetli hareketlerin saptanması durumunda Sigortacı, teminat kapsamında yaptığı sağlık gideri ödemelerini geri alma ve poliçeyi prim iadesi yapmaksızın iptal etme hakkına sahiptir.
- **Sigorta ettirenin vefatı durumunda;** sigorta sözleşmesi hükümsüz kalır. Sigorta ettiren ile poliçede yer alan sigortalı/sigortalıların farklı olmaları durumunda kanuni varislerinin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek poliçe devam ettirilir. Sigorta ettirenin vefat etmesi durumunda veraset belgesi ile varislerinin belirlenmesi gerekmektedir. Varislerden biri sigorta ettiren olacak ise dilekçe ile Sigorta ettiren değiştirilebilir. Kanuni varislerin poliçenin devamını kabul etmediği durumlarda ise sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirenin kanuni varislerine iade edilir.
- **Sigortalı/Sigortalıların vefatı durumunda;** poliçede birden fazla sigortalı varsa sigortalılardan birinin vefatı halinde, vefat eden sigortalıya ait sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir. Sigorta ettirenin aksini bildirmemesi durumunda diğer sigortalılar için poliçe devam eder. Poliçede vefat eden sigortalının dışında başka bir sigortalı yoksa poliçe hükümsüz kalır. Sigortacının hak kazandığı prim gün esası üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

B-SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI

Yürürlük Tarihi: 10 Ekim 1990

Madde 1- İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik

AXA SİGORTA A.Ş.

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

iletisim@axasigorta.com.tr

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

***Özel Şart Revizyon Tarihi 01 01 2026**



tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

Teminat Dışı Kalan Haller

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

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

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

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

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

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir .

Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

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

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

- 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 tebelluğ tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir.

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

d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

- 1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,
- 2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,
- 3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

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

- 1- sözleşmeyi fesheder veya,
- 2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

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

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

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

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

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

Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

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

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

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim 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 indirimle ilişkin hükümler saklıdır.

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

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.
- Sigorta ettiren/sigortalı sözkonusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

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

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

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

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

a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

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

C) Gerekli belgelerin teslimi

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

Masrafların Tesbiti

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

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

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

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

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

a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden

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

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

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

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

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli 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.

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

ii) 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 klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü

Madde 18* ‘ A. Genel Hususlar

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

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

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

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



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

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

B. Grup Sigortaları

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

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

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

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

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

C. Aile Sigortaları

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