



AXA SIGORTA

AXAFit uygulamasını indirmek
için QR kodu okutabilirsiniz.

AXA SİGORTA A.Ş.

Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 Salıpazarı, Beyoğlu,

İstanbul, Türkiye

Tel: 0 850 250 99 99

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

Ticaret Sicil No:98645 Büyük Mükellefler V.D. 6490039946



AXA SIGORTA

AXA Sağlığım Tamam Sigortası ile sağlığını korumak için doğru yerdesiniz!

AXA Sağlığım Tamam Sigortası'nın sunduğu benzersiz ayrıcalıklarla sevdiklerinizle birlikte mutlu ve sağlıklı bir yaşam sizi bekliyor.

Dünyanın En Büyük Sigorta Gruplarından AXA Grubu

Global sigortacılık denince akla ilk gelen şirketlerden birisi olarak, dünyanın farklı coğrafyalarında **milyonlarca kişiye AXA güvencesini** ulaştırıyor.

En Yaygın Kurum Ağrı

Türkiye'deki en geniş anlaşmalı özel hastane ağının ayrıcalığından yararlanarak anlaşmalı kurumlardan nitelikli sağlık hizmeti alabilirsiniz.

Hızlı Provizyon Süreçleri ve AXA Tecrübesi

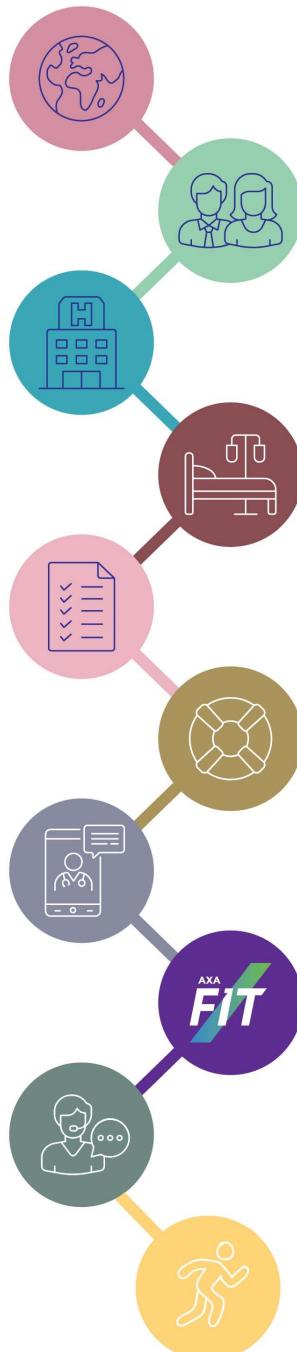
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nda en deneyimli sigorta şirketi olarak gelişmiş teknik altyapımız ile sağlık merkezlerinde **beklemeniz için hızlı sigorta onayı** sağlıyoruz.

AXA Doktor Danışma Hattı

"AXA Doktor Danışma Hattı" hizmeti ile tüm sağlık sigortası müşterilerimize hastaneyi gitmeden sağlıklarıyla ilgili endişe ettileri tüm konulara danışma imkanı sağlıyoruz 7/24 arayabilecekleri "Doktorla Görüş", randevu sistemi ile tüm branşlarda uzman doktorlara ulaşabilecekleri "Doktorla Görüntülü Konuş" ve doktorlara yazılı ulaşabilecekleri "Doktora Yaz" hizmetlerine ücretsiz olarak erişim sağlanabilir.

AXA Bağımsız Yaşam Hattı

65 yaş ve üstü sağlık sigortası ile her yaştan, ameliyat olan sağlık sigortalı müşterilerimizin bağımsız bir şekilde kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için AXA Bağımsız Yaşam Hattı'nı hizmete sunuyoruz.



Mükemmel Müşteri Deneyimi

Değerlerinizi güvenceye alan farklı ürünlerimizle daima en iyi hizmet sunmak için çalışıyor, **bütün müşterilerimizin beklenilerini önemsiyoruz**. Bağımsız değerlendirme kurumlarıyla yaptığımız iş birliğiyle AXA'ların hizmet memnuniyetlerini sürekli olarak ölçüyor ve değerlendirmelere göre hizmetlerimizi geliştiryorum.

Geniş Tedavi Teminatları

Poliçenize ek hiçbir ücret ödemeden, tüm anlaşmalı kurumlardan faydalabilirsiniz. **Yoğun bakım, radyoterapi, kemoterapi, diyaliz, cerrahi ve genel yatışlar gibi birçok teminata sahip olabilir; ayakta tedavinin dahil olduğu planlarda doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, fizik tedavi, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri imkanlarından faydalananabilir, doğum teminatının dahil olduğu planlarda ise isteğe bağlı olarak doğum teminatını poliçenize ekleyebilirsiniz.**

Ayrıcalıklı Asistans Hizmetleri

Teminatlarına ek olarak sunulan **Diyetisyen Hizmeti, Diş Paketi, Psikolojik Destek ve Check-up Paketi** ile her zaman güvende hissedebilirsiniz.

AXAFit Uygulaması

AXAFit uygulamamız ile poliçenizin detaylarına ulaşabilir, uzman doktorlar ile sesli, görüntülü ya da yazılı olarak görüşebilir, size en yakın nöbetçi eczane ve anlaşmalı kurumu görüntüleyebilir, iyi yaşam tavsiyeleri gibi daha birçok özellikten faydalana bilirisiniz.

Sağlıklı Yaşam İndirimleri

Sağlıklı Yaşam İndirimleri ile müşterilerimiz yıl içinde yaptıkları sağlık harcamalarına ve tedavi giderlerine göre sonraki yıllarda %50'ye varan oranlarda indirime ulaşabiliyor.



AXAFit'i yüklemek için lütfen
QR kodu cep telefonunuzun
kamerasyıyla okutunuz.

AXA SIGORTA AİLESİNÉ HOŞ GELDİNİZ.



SAĞLIĞIM TAMAM SİGORTASI POLİÇESİ

ACENTE NO	ACENTE ADI	POLİÇE-TECDİT-ZEYİL NO	BAŞLANGIÇ TARİHİ	BİTİŞ TARİHİ	MÜŞTERİ NO
6552	NİHAT DİŞLİOĞLU SİGORTA ACENTELİĞİ	4857723-7-0	28/12/2025	28/12/2026	5424632

Bim Ref No:7PSLagRy6D6FGGffkspyYothZmFMyRXz8ko9W+QjiHw=

SİGORTA ETTİREN

ADI SOYADI: SEVİNÇ ŞEN EROL

ADRESİ: - MA**. - CA**. ŞE** ÖN** SK. SO**. 9/4 BL** -.AP**/- - GA** İS** TÜ**

TELEFON: 05325*****0

DOĞUM TARİHİ: 1*/0*/19**

POLİÇE KAPSAMINDA OLAN SİGORTALI

MÜŞTERİ NO	ADI SOYADI	İLİŞKİ	T.C. KİMLİK NO	DOĞUM TARİHİ	İKAMET İLİ	İKAMET İLÇESİ	PRİM
1918170	SİMGE GÜL EROL	KE**	108*****50	2*/0*/20**	ÇANAKKALE	ECEABA	9,054.95 TL

SİMGE GÜL EROL ; Indirim kademeniz 5 olup, poliçenize %35 Saglıklı yaşam indirimi
uygulanmıştır.

NET PRİM	9,054.95 TL
VERGİ	0 TL
BRÜT PRİM	9,054.95 TL

Sigortalıya Ait Ek Şartlar

ADI SOYADI	
SİMGE GÜL EROL	28/12/2021 TARİHİNDE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ VERİLMİŞTİR.

TEMİNAT BİLGİLERİ

TEMİNAT ADI	TEMİNAT LİMİTİ	ŞİRKET KATILIM ORANI	KULLANIM HAKKI
YATARAK TEDAVİ TEMİNATI	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ
YATARAK MALZEME TEMİNATI	60,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
EVDE BAKIM GİDERLERİ	300,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
SUNİ UZUV GİDERLERİ	300,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
YARDIMCI TİBBİ MALZEME GİDERLERİ	50,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
AYAKTA TEDAVİ ve FİZİK TEDAVİ PAKETİ	10	%100	KERE/KEZ LİMİT
AMBULANS HİZMETLERİ	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ
GENİŞ KAPSAMLI SAĞLIK PAKETİ ASİSTANS HİZMETLERİ	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Geniş Check-up Paketi (18 yaş ve üzeri kişiler için geçerlidir)	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Diş Paketi	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Psikolojik Danışmanlık Hizmeti	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Diyetisyen Hizmeti	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
GÖRÜNTÜLÜ DOKTOR DANIŞMA HİZMETİ	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ
TELEFONDA DOKTOR DANIŞMA HİZMETİ	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ

AXA SIGORTA Ambulans, Tıbbi Yardım ve Doktor Danışma Hattı : **0850 250 99 99**SAĞLIK PAKETİ Asistans Hizmetleri AXA Partners Hattı : **0212 942 35 71**Görüntülü Doktor Danışma Hizmeti ve Telefonda Doktor Danışma Hizmeti için ; **0850 250 99 99**
müşteri hizmetleri numarası üzerinden “[Doktorla Görüntülü Görüş](#)” ve “[Anında Doktora Sor](#)”
bölmelerinden bilgi alabilirsiniz.Bu poliçe sigorta ettiren talebine istinaden 28/12/2025 tarihinden geçerli olmak üzere 12/12/2025
tarihinde AXA SIGORTA A.Ş. tarafından tanzim edilmiştir.**SATIN ALMIŞ OLDUGUNUZ POLİÇE İLE İLGİLİ AŞAĞIDA BELİRTİLEN BİLGİLERİ LÜTFEN DİKKATLİCE
OKUYUNUZ.** Bu poliçe SGK ile anlaşmalı olan özel hastanelerde aynı zamanda AXA Sigorta A.Ş.'nin de bu
hastane ile anlaşması olması durumunda geçerlidir. Diğer kurumlarda yapılan harcamalar her durumda poliçe
kapsamı dışındadır. (Yenileme poliçeler için, ilk sigortalanma tarihinden sonra ortaya çıkış ve ilk sigortaya
giriş esnasında beyan edilmiş hastalık durumları için geçerli değildir.)**SİGORTALININ POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN ÖNCE VAR OLAN ŞİKÂYET VE HASTALIKLARI İLE
İLGİLİ HER TÜRLÜ SAĞLIK HARCAMASI POLİÇE KAPSAMI DIŞINDADIR.**Poliçe ekinde teslim edilen poliçe özel şartları 'BEKLEME SÜRELERİ' maddesinde yer alan hastalık ve
komplikasyonlar ile ilgili müdahale ve yatarak tedavi giderleri, **İLK KEZ SİGORTALANACAK** kişiler için
SİGORTA BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN İTİBAREN 3 AY BOYUNCA TEMİNATTA DEĞİLDİR. Planlı
ameliyatlarınız için 3 gün önceden provizyon almanız gerekmektedir.**Doğum terminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanması için 5 aylık bekleme süresi
uygulanmaktadır.** Bu süre sigortalının doğum paketinin poliçeye dahil olmasından itibaren başlayacaktır. Diğer
sigorta şirketinden geçişlerde, diğer sigorta şirketinde doğum terminatı bulunsa dahi Axa Sigorta'daki
poliçesinde 5 aylık bekleme süresi, sigortalının doğum terminatı bulunan Axa Sigorta poliçesi kapsamına dahil
olmasından itibaren başlayacaktır.**'DOĞUM PAKETİ'** ek terminatı uygulama esasları ve terminat detayları için '[Doğum Paketi Teminatı Özel Şart
Eki](#)', ürün özel şart ve bilgilendirme formunu dikkatlice okuyunuz.***Dünya Sağlık Örgütü ve/veya T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera,
sıtma, kuş gribi, domuz gribi, Covid-19 vb.) 06.07.2020 tarihinden itibaren poliçe kapsamı dâhilindedir.**Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve
tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer
bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM) , Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan , Sağlık
Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki
bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile
paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.**Yatarak Tedavi terminatı** cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi ve dializ, küçük
mötahale, koroner anjiografi, Evde Bakım Giderleri, Suni Uzuv Giderleri , Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderleri
giderlerinden oluşur. Standart tek kişilik özel oda, yemek ve bir adet refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.**Yatarak malzeme giderleri:** Ameliyat sırasında kullanılan özellikli malzemeler olarak kabul edilen vücut içi
iyileştirici nitelikte malzemeleri ilişkin sağlık giderleri poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi ile karşılanır.**Ayakta Tedavi Giderleri:** Sigortalının ayakta tedavi giderleri poliçe belirtilen kullanım adeti, limit, uygulama ve
iştirak oranı dâhilinde bu teminat kapsamındadır. Ayakta Tedavi Giderlerinden kasıt, doktor muayene,
laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri ve fizik tedavi giderleridir. Ayakta
tedavideki doktor muayene dışındaki diğer tedavi giderleri tek başına kullanılamaz, doktor muayene ile birlikte
kullanılma zorunluluğu vardır. Bu teminatların kapsamı Bilgilendirme Formu'nda belirtilmiştir.



Fizik Tedavi Paketi: Doktor tarafından hastalıkların tedavisinde gerekli görülen, hastane ve fizik tedavi merkezlerinde yapılan fizik tedavi kapsamındaki tedavi giderleri bu teminattan karşılanır. Fizik Tedavi işlemi yataklı bir sağlık kurumunda, yatarak yapılmış olsa dahi sayılarıyla SGK'nın ödemesine onay verdiği her bir fizik tedavi paketi için 1 ayakta tedavi teminatı hakkı ile ödenir. Poliçede yıllık Ayakta Tedavi teminatı hakkı sayısıyla sınırlı kalmak koşuluyla, SGK uygulamaları geçerli olup seans limiti bulunmamaktadır. Bu yatışlarda fizik tedavi ücreti dışında kalan giderler (oda, refakat, yemek, doktor takip ücreti vb.) karşılanmaz.

İşbu poliçe Özel şartlar, teminat ayrıntıları, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Bilgilendirme Formu ile birlikte tüm dokümanların size verildiğinden emin olunuz. Teslim edilmemesi halindeacentenizden isteyiniz. SAĞLIKIM TAMAM SİGORTASI ile ilgili güncel anlaşmalı sağlık kurumları listesine www.axasigorta.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

SATIN ALMIŞ OLDUĞUNUZ ÜRÜN AŞAĞIDAKİ TEMİNATLARI İÇERMEMEKTEDİR.

- Ayakta tedavi ilaçları, aşıları,
- Gebelik, Doğum ve bebeğe ait giderler, (Ek Doğum Paketi satın alınmamış ise)
- Check-up (SAĞLIK PAKETİ ASİSTANS HİZMETLERİ içerisinde yer alan Check-up bir asistans hizmetidir ve paket kapsamı dahilinde yer aldığı sürece yılda 1 kez geçerlidir.)
- Gözlük, cam, çerçeve, kontakt lens ve lens solüsyonları,
- Diş tedavisi,
- Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

Sigortacının sorumluluğu, poliçe priminin peşinat veya ilk taksitinin ödeneği ile başlar. Sigorta Ettiren, prim taksitlerini poliçede belirtilen vadelerde kesin olarak ödemekle yükümlüdür. Vade bitimine kadar ödememiş ise temerrüde düşer. Sigorta Ettirenin prim ödeme borcunda temerrüde düşmesi halinde sözleşme Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesinin 3. bendi uyarınca feshedilir. Bu fesih tarihinden sonra ödenecek primler hiçbir şekilde poliçeyi geçerli kılmaz. Poliçenin geçerliliği için karşılıklı mutabakata varılıp ek belge düzenlenmesi gerekmektedir. Primlerden birinin tahsili hiçbir şekilde önceki primlerin tahsil edildiği anlamını taşımaz.

AXA Sağlığım Tamam Yatarak ve Ayakta Tedavi aile poliçe sahiplerine; kasko ve konut, poliçe satın alımlarında aşağıda belirtilen indirimler uygulanır.

Belirtilen indirimler yeni iş ve yenileme tüm işler için geçerlidir. Sigortalının birden çok kasko ve konut ürünü varsa indirimler tek poliçeye yansır.

Kasko için AXA Sağlığım Tamam Yatarak Tedavi poliçesi sahiplerine %2,5 indirim ; Ayakta Tedavi poliçesi sahiplerine %5 indirim uygulanmaktadır.

Konut için AXA Sağlığım Tamam Yatarak Tedavi poliçesi sahiplerine %5 indirim ; Ayakta Tedavi poliçesi sahiplerine %10 indirim uygulanmaktadır.

SİGORTA ETTİREN

SEVİNÇ ŞEN EROL

ACENTE

NİHAT DİŞLİOĞLU SİGORTA

ACENTELİĞİ

Acente Levha Kayıt No:G0865-TYYA

Teknik Personel

Sicil:

Ad:NİHAT DİŞLİOĞLU

AXA SİGORTA A.Ş.



AXA SIGORTA

GÖRÜNTÜLÜ DOKTOR DANIŞMA VE TELEFONDA DOKTOR DANIŞMA BİLGİLENDİRME EKİ

1. Görüntülü Doktor Danışma Hizmeti

İşbu teminat kapsamında AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile sigortalılarının mobil cihazları (cep telefonu, laptop, desktop v.b) ile isteklerine bağlı olarak görüntülü sağlık danışmanlığı alabilecekleri teknolojik altyapı üzerinden, öncelikli randevu organizasyonu ile doktor görüşmesi sağlayacaktır.

İşleyiş şu şekilde olacaktır;

- 1.Sigortalıların görüntülü danışmanlık hizmet talepleri **0850 250 99 99** müşteri hizmetleri numarası üzerinden Doktorla Görüntülü Görüş bölümü için hafta içi 09:00-17:30 saatleri arasında randevu alınabilecektir.
- 2.Gelen talebe uygun olarak Sigortalının ve hizmet sağlayacak A/B segment hastanenin uygun saatleri Anlaşmalı Kurum tarafından belirlenip randevu organizasyonu oluşturulacak ve sigortalının telefonuna randevu saati iletilecektir.
- 3.Randevu görüşmesinde tüm süreç sigortalıya iletildip uygunluğu alındıktan sonra randevu organizasyonu sağlanacaktır. Sigortalıya konuşmaların kayıt altında olduğu bilgisi iletilerek onayı kayıt altına alınacaktır.
- 4.İlgili hastane süreçlerine göre sigortalı, randevudan 15 dakika önce aranıp daha önceki hastalığı ile ilgili bilgiler danışmanlığın daha verimli geçmesi için kendisine sorulabilecektir.
- 5.Ayrıca ilgili hastane sigortalılardan kendi sunduğu sağlık danışma hizmetleri bilgilendirmesi yapabilecek ve bu bilgilendirmeleri okuduğuna ve onay verdiği dair elektronik yöntemler ile onay talep edebilecektir.
- 6.Randevu saatinde hastanenin konusunda uzman doktoru, uygun teknolojik yöntem (internet görüntülü görüşme, mobil görüntülü görüşme veya sesli görüşme)ile sigortalıyı arayıp gerekli danışmanlık hizmeti sağlanacaktır.
- 7.İlgili paket yukarıda bahsedilen hizmetin alınmasını imkânsız kılabilecek güncel yasal düzenlemeler yapılması durumunda geçersiz olacaktır.



AXAFit uygulamasını indirmek
için QR kodu okutabilirsiniz.

2. Doktorla Görüş Danışma Hizmeti

İşbu teminat kapsamında AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile sigortalılarının telefon bağlantısı ile isteklerine bağlı olarak 7 gün 24 saat ulaşabilecekleri ve sağlık danışmanlığı alabilecekleri doktor görüşmesi sağlayacaktır.

İşleyiş şu şekilde olacaktır;

Sigortalıların telefonda danışmanlık hizmet talepleri **0850 250 99 99** müşteri hizmetleri numarası üzerinden 'Doktorla Görüş' bölümünden alınacaktır.

1. Sigortalı görüşmeleri doktor ile gerçekleştirilecektir.
2. Doktorla Görüş Hizmeti 7 gün 24 saat sağlanacaktır.



AXA SIGORTA

GENİŞ KAPSAMLI SAĞLIK PAKETİ

ASİSTANS HİZMETLERİ

1. Hizmet İçeriği

AXA Sigorta, police sahibi müşterilerine aşağıdaki açıklamaları verilen asistans hizmetlerini sağlamaktadır. Bu bir asistans hizmetidir. Bu hizmetler genel nüfusu kapsayıcı nitelikte tasarlanmış paketlerdir. Gelişim çağındaki çocuklarda hangi işlemlerin tibben uygulanabilir olduğu, hekimin onayına bağlıdır

2. Hizmet nerelerde sağlanmaktadır?

Bu hizmet, sadece AXA Partners'ın anlaşmalı olduğu kurumlarda geçerli olup, elden ödeme uygulaması bulunmamaktadır. Anlaşmalı kurum bilgileri direkt **0212 942 35 71** numaralı AXA Partners'a ait telefonu aradığınızda ya da 0850 250 99 99 numaralı AXA Sigorta Müşteri Çözüm merkezi hattından ilgili tuşlamayı yaparak AXA Partners tarafından verilecektir. Yapılacak müşteri doğrulaması sonrası talebinize uygun olarak tarafınıza iletilecektir. Sadece bulunduğuuz yerde değil farklı illerde ve farklı tarihlerde hizmet alma imkânınız vardır.

3. Hizmetten nasıl yararlanabilirim?

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

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

4. Hizmet Detayları

4.1. Geniş Kapsamlı Check-up Paketi:

AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile AXA Partners hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere 'Sağlık Paketi?' teminatı bulunan sigortalılarına paket içerisinde yer alan 'Geniş Kapsamlı Check-up Paketi?' hizmetini yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlamaktadır. İşbu hizmetin kullanılmasının ardından İlgili kurumdaki diğer taleplerde yeniden aşağıdaki randevu hattının aranması ile %5-25 aralığında indirim sağlanabilecekti.

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

Geniş Kapsamlı Check-Up Paketi Hizmeti Kapsamında aşağıda belirtilen işlemler tek seferde yapılabilir.

Check-up panel içeriği:

Dahiliye Branşı Muayene: Dahiliye Uzmanı tarafından yapılacak fiziki muayene



EKG: Koroner damar hastalıkları, kalp kası ve ritim bozukluklarını tespit etme ve izleme testi

Hemogram (18 parametre): Başta Kan hastalıkları ve enfeksiyonlar olmak üzere, diğer doku ve organ hastalıklarını araştırma ve izleme testi

LDL Kolesterol: Kalp Damar hastalığı riskini arttıran bir yağ türüdür, kardiyak risk değerlendirme testi

Açlık Kan Şekeri: Şeker hastalığı tanı testi

Total Kolesterol: Kandaki toplam yağ miktarı; Koroner damar hastalıkları için kardiyak risk değerlendirme testi

SGOT: Karaciğer fonksiyon testi

SGPT: Karaciğer fonksiyon testi

Kreatinin: Böbrek fonksiyon testi

RF: Romatizmal hastalıklar için genel tarama testi

CRP: Enfeksiyon hastalıkları için genel tanı testi

Akciğer grafisi: Akciğer kalp ve komşu organ hastalıkları testi

İdrar Tahlili: Böbrek mesane ve idrar yolları hastalıkları araştırma testi

TÜM BATIN Ultrasonografi (USG)

4.2. Diş Paketi:

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

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

Diş Hekimi Muayenesi

Deterraj (Diş Taşı Temizliği ? Alt ve Üst Çene)

Diş Röntgen Filmi (Periapikal veya Panoramik)

Diş Röntgen Filmi (Periapikal veya Panoramik) hekimin uygun gördüğü durumlarda çekilebilir. Filmin sigortalı tarafından CD olarak istenmesi durumunda ilgili talep, asistans paketi kapsamı dışındadır.

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

4.3. Psikolojik Danışmanlık Hizmeti:

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

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



AXAFit uygulamasını indirmek
için QR kodu okutabilirsiniz.

AXA SİGORTA A.Ş.
Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 Salıpazarı, Beyoğlu,
İstanbul, Türkiye
Tel: 0 850 250 99 99
www.axasigorta.com.tr iletisim@axasigorta.com.tr
Ticaret Sicil No:98645 Büyük Mükellefler V.D. 6490039946

Tüm sigortalıları kapsayacak bir psikolojik gelişim ve destek hizmetidir.

Telefon ile başvuran müşterilerin ilk değerlendirmesi yapılacaktır.

Müşteri talebine göre telefonda ve/veya yüz yüze görüşme destek hizmeti ücretsiz sağlanacaktır.

Danışmanın veya danışanın gerekli görmesi halinde yüz yüze görüşme hizmeti için ilk seans ücretsiz, ilk seanstan sonraki seanslarda %40'a varan indirim oranları uygulanabilecektir.

4.4. Diyetisyen Hizmeti:

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

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

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



SAĞLIĞIM TAMAM SİGORTASI ÖDEME PLANI

ACENTE NO	ACENTE ADI	POLİÇE-TECDİT-ZEYİL NO	BAŞLANGIÇ TARİHİ	BİTİŞ TARİHİ	MÜŞTERİ NO
6552	NİHAT DİŞLİOĞLU SİGORTA ACENTELİĞİ	4857723-7-0	28/12/2025	28/12/2026	5424632

ÖDEME PLANI

PRİM ÖDEME YÜKÜMLÜSÜ		ÖDEME TARİHİ	ÖDEME ŞEKLİ	TUTAR
MÜŞ. NO	ADI SOYADI			
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/12/2025	KREDİ KARTI	905.45 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/01/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/02/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/03/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/04/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/05/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/06/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/07/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/08/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
5424632	SEVİNÇ ŞEN EROL	28/09/2026	KREDİ KARTI	905.5 TL
				TOPLAM:9,054.95 TL



BİREYSEL SAĞLIK SİGORTALARI ÖMÜR BOYU YENILEME GARANTİSİ SERTİFİKASI

Yenileme Garantisi Hak Ediş Tarihi :28/12/2021

Poliçe No: 4857723

Sayın SİMGE GÜL EROL



Şirketimizin yapmış olduğu risk değerlendirmesi sonucunda, yenilemelerinizi kesintisiz yaptırmanız ve priminizi ödeme planınıza uygun olarak ödemeniz koşulu ile yukarıda belirtilen yenileme garantisi hak ediş tarihinden itibaren "Ömür Boyu Yenileme Garantisi" ne hak kazanmış bulunuyorsunuz.

Kazanmış olduğunuz yenileme garantisini ile yenileme dönemlerinde poliçe kullanımınızdan dolayı ek prim uygulaması yapılmayacaktır. Poliçe priminiz, yenileme garantisini verilmesi esnasında uygulamaya konmuş olan ilave bir ek şart yok ise, sizinle aynı ilde ikamet eden, aynı yaş ve cinsiyetteki tamamen sağlıklı bir bireyin fiyatı ile aynı olacaktır.

Ayrıca, yenileme garantisini aldıktan sonra ortaya çıkabilecek yeni sağlık riskleriniz için poliçenize katılım protokolü, ek prim veya üst limit uygulanmayacak olup, ilgili sağlık riskleri kapsam dışı bırakılmayacaktır.

"Ömür Boyu Yenileme Garantisi Koşulları" (ÖBYG)

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalının, yenileme garantisini kazandıktan sonraki poliçe dönemleri içerisinde ortaya çıkan sağlık riskleri, poliçenin yenileme dönemlerinde kapsam dışı bırakılmaz, üst limit, ek prim ve katılım protokolü uygulanmaz.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalıya poliçe dönemi içerisinde yaptığı harcamalardan dolayı kullanıma bağlı ek prim uygulanmaz.
- 3 yılın sonunda Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkını kazanan sigortalıya, bu hakkın verildiği 4.yıldaki ilk ürün üzerinden yenileme garantisini verilir. 4. yılda verilen yenileme garantisini死去ne ait teminat ve özel şartlar, sigortalı aleyhine değiştirilmez. (23 Nisan 2014'ten önce ÖBYG almış sigortalılar için bu tarihten sonra alacakları ilk yenilemedeki teminat ve özel şartlarda sigortalı aleyhine değişiklik yapılmayacaktır)
- Ömür Boyu Yenileme Garantisini verilen sigortalının, başvuru sırasında verdiği sağlık beyanında poliçe primi ve/veya sigortalıya ait ek şartları değiştirecek gerçeğe aykırılık saptanırsa, sigortacı verdiği 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.
- Yenileme garantisini verilmesi esnasında sigortalıya belirli bir hastalık için ek prim uygulanabilir, ilgili sağlık riski poliçe kapsamı dışında tutulabilir, üst limit uygulanabilir veya o riskle ilgili sigortalının hasara belirtilen bir oranda katılması koşulu getirilebilir. Yenileme garantisini verildiği andan itibaren koşullarda ancak sigortalı lehine değişiklik yapılabilir.
- Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanan sigortalının biten poliçesinden farklı bir ürünü geçiş talebi olması halinde, bu talep şirketin risk kabul uzmanları tarafından değerlendirilmeye alınarak, uygun görülenler için izin verilir. Yaşı 59'dan büyük olan sigortalılar daha geniş kapsamlı ürünü geçiş yapamazlar.
- Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalıların, beşinci yıldan sonra yeni teşhis edilen konjenital (doğumsal) hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dahilinde değerlendirilir. Bu uygulama poliçenizin özel şartlarında teminat dışı kalan haller bölümünde yer alan "nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik



AXA SIGORTA



AXAFit uygulamasını indirmek
için QR kodu okutabilirsiniz.

AXA SİGORTA A.Ş.
Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 Salıpazarı, Beyoğlu,
İstanbul, Türkiye
Tel: 0 850 250 99 99
www.axasigorta.com.tr iletisim@axasigorta.com.tr
Ticaret Sicil No:98645 Büyük Mükellefler V.D. 6490039946

cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, her tür konka cerrahisi, nazal valv operasyonları), her türlü omurga şekil bozukluğu ameliyatları ve giderleri, 6 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fitikleri ile ilgili ameliyat ve giderlerini” kapsamaz.

- Ömür Boyu Yenileme Garantisi kişiye özeldir. Poliçe kapsamındaki diğer kişileri kapsamaz.

Daha nice yıllar bizi tercih etmeniz dileğiyle...

AXA SIGORTA A.Ş.



A.SAĞLIKIM TAMAM SİGORTASI ÖZEL ŞARTLARI

1. SİGORTANIN KONUSU VE KAPSAMI

Bu sigorta, sigortalının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından police 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 police özel şartları ve sağlık sigortası genel şartları doğrultusunda teminat altına alır.

Sağlık policerleri 1 yıllık düzenlenir. Policede/zeyilnamede yazılı olan police başlangıç ile bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsar. Sigortalılık süresi bir yılı aşamaz.

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

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

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

2.TANIMLAR

Acil:

Sağlık Sigortası Genel Şartları ve AXA Sigorta Özel Şartları gereği kapsam dışı olmayan anı 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 çıkışlar, darbe sonucu sinir kopmaları ya da kesilmesi, akut masif kanamalar vb.),
4. Kurşunlanma, bıçaklanması (cürüm ve cürüme teşebbüs hali istisnadır)
5. Tahriş edici madde yanıkları
6. Solunum yolu zehirlenmeleri (intihar girişimi kapsam dışındır)
7. Hayvan ısırması veya böcek sokmalsı sonucu oluşabilen anjioödem ve her türlü anaflatik şok tablosu
8. 3 üncü derece yanıklar
9. İlaç, gıda ve kimyasal madde zehirlenmeleri (intihar teşebbübü hariç)
10. Akut Miyokart Enfarktüsü ile ilgili tedaviler.
11. Solunum sistemine yabancı cisim kaçması
12. Akut Apandisit



13. Poliçe öncesinde tanı konmuş herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın ani oluşan felçler (yüz felci kapsamındır)
14. Mide delinmesi (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
15. Mide kanaması (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)
16. Menenjit, ensefalist ve beyin absesi
17. Elektrik çarpması
18. Donma
19. Göz yaralanmaları
20. İleus (ani barsak tikanıklığı)
21. Akut Pnömotoraks (akciğerin delinmesi kendiliğinden veya travma sonucu)
22. Akciğer embolisi
23. Beyin embolisi
24. Aort diseksiyonu
25. Ani işitme kaybı
26. Ani görme kaybı
27. Akut pankreatit (alkole bağlı oluşanlar teminat dışındadır)

Anlaşmalı Kuruluş:

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

Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri: Yurtda 24 saat 365 gün boyunca acil yardım, ambulans hizmetlerinin Genel ve Özel Şartlar çerçevesinde karşılanması içerecektir

Bekleme Süresi:

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

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

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



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

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

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

Kazanılmış Haklar: Sigorta şirketleri tarafından sağlık sigortası poliçesine sahip olan bireylere sunulmuş haklardır.

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

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

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

Police:

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

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

Sigorta Ettiren:

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

Sigorta Şirketi/Sigortacı:

Sigorta sözleşmesinin tanzim edildiği ülkede, ülkenin kanunları gereğince tescil edilip işletme ruhsatı almak kaydıyla, sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortalıya ya da tazminattan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur. Satın almış olduğunuz police 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 Komisyonuna belirlenen ödenecek bedellerin yer aldığı tebliğidir.

Triyaj Uygulaması Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikayetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının acılıyeti 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: Hayati tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlardır.

Kırmızı Alan: Hayati 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 gereklili durumlardır.

Yeşil Alan uygulaması dahil ayakta tedaviler kapsamında her türlü ilaç ödenmez

GSS : Genel Sağlık Sigortası

3. SIGORTANIN TEMİNATLARI

3.1.YATARAK TEDAVİ

Yatarak Tedavi teminatı cerrahi ve dahili yarışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale ,koroner anjiografi 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 Sağlığım Tamam Sigorta anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın/ planlanan işlemin GSS kapsamında onaylanmış, AXA Sigorta Sağlığım 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 İBRAZI 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.

Sigortalının hayatını tehdit eden acil durumda yerinde müdahale ve/veya en yakın uygun sağlık donanımına sahip kuruluş; 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 TİBBİ 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 uzuvarlar kapsam dışındadır.

3.1.3. Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderleri (Yıllık)

Sigortalının tedavisini desteklemek amacıyla doktor raporu ile gerekliliği 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 , ileostomi-sistostomi-kolostomi torbalarını ve adaptörleri, yanık örtüsü ve başı 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 özellikle 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 Sağlığım Tamam Sigorta poliçesi anlaşmasının olması,
- Tedavi talep edilen rahatsızlığın AXA Sigorta Sağlığım 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 giderleri için **TAZMİNAT ÖDEMELERİ VE İBRAZI GEREKEN BELGELER** ' de belirtilen şekilde uygulanacaktır.

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

AXA Sigorta Sağlığım Tamam Sigorta Poliçesinde anlaşmalı kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve / veya tedaviler AXA Sigorta Sağlığım 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 'Sağlığım Tamam' sağlık sigortası sahibi sigortalılarımız, doğum paketi ek teminatı satın alabilirler.
- Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle 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 bulunsa dahi Axa Sigorta'daki poliçesinde 5 aylık bekleme süresi, sigortalının doğum teminatı bulunan Axa Sigorta poliçesi kapsamına dahil olmasından itibaren başlayacaktır.
- Gebelik hakedisi 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 kurtaj, hiperemezis 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, mutat 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, kuvuz 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 itibariyle sigortalanırlar. 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 sigortalanır. 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 duyur duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım



police teminat kapsamı dışındadır.

AXA SIGORTA GENİŞ KAPSAMLI SAĞLIK PAKETİ ASİSTANS HİZMETLERİ

1. Hizmet İçeriği

AXA Sigorta, police sahibi müşterilerine aşağıdaki açıklamaları verilen asistans hizmetlerini sağlamaktadır. Bu bir asistans hizmetidir. Bu hizmetler genel nüfusu kapsayıcı nitelikte tasarlanmış paketlerdir. Gelişim çağındaki çocuklarda hangi işlemlerin tıbben uygulanabilir olduğu, hekimin onayına bağlıdır

2. Hizmet nerelerde sağlanmaktadır?

Bu hizmet, sadece AXA Partners'ın anlaşmalı olduğu kurumlarda geçerli olup, elden ödeme uygulaması bulunmamaktadır. Anlaşmalı kurum bilgileri direkt 0212 942 35 71 numaralı AXA Partners'a ait telefonu aradığınızda ya da 0850 250 99 99 numaralı AXA Sigorta Müşteri Çözüm merkezi hattından ilgili tuşlamayı yaparak AXA Partners tarafından verilecektir. Yapılacak müşteri doğrulaması sonrası talebinize uygun olarak tarafınıza iletilecektir. Sadece bulunduğuuz yerde değil farklı illerde ve farklı tarihlerde hizmet alma imkânınız vardır.

3. Hizmetten nasıl yararlanabilirim?

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

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

4. Hizmet Detayları

4.1. Geniş Kapsamlı Check-up Paketi:

AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile AXA Partners hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere 'Sağlık Paketi?' teminatı bulunan sigortalılarına paket içerisinde yer alan 'Geniş Kapsamlı Check-up Paketi?' hizmetini yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlamaktadır. İşbu hizmetin kullanılmasının ardından İlgili kurumdaki diğer taleplerde yeniden aşağıdaki randevu hattının aranması ile %5-25 aralığında indirim sağlanabilecektir.

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

Geniş Kapsamlı Check-Up Paketi Hizmeti Kapsamında aşağıda belirtilen işlemler tek seferde yapılabilir.

Check-up panel içeriği:

Dahiliye Branşı Muayene: Dahiliye Uzmanı tarafından yapılacak fiziki muayene

EKG: Koroner damar hastalıkları, kalp kası ve ritim bozukluklarını tespit etme ve izleme testi

Hemogram (18 parametre): Başta Kan hastalıkları ve enfeksiyonlar olmak üzere, diğer doku ve organ hastalıklarını araştırma ve izleme testi

LDL Kolesterol: Kalp Damar hastalığı riskini artıran bir yağ türüdür, kardiyak risk değerlendirme testi

Açlık Kan Şekeri: Şeker hastalığı tanı testi

Total Kolesterol: Kandaki toplam yağ miktarı; Koroner damar hastalıkları için kardiyak risk değerlendirme testi

SGOT: Karaciğer fonksiyon testi

SGPT: Karaciğer fonksiyon testi

Kreatinin: Böbrek fonksiyon testi

RF: Romatizmal hastalıklar için genel tarama testi

CRP: Enfeksiyon hastalıkları için genel tanı testi

Akciğer grafisi: Akciğer kalp ve komşu organ hastalıkları testi



İdrar Tahlili: Böbrek mesane ve idrar yolları hastalıkları araştırma testi

TÜM BATIN Ultrasonografi (USG)

4.2. Diş Paketi:

AXA Sigorta, AXA Partners aracılığı ile AXA Partners hizmet ağı içerisinde yer alan kuruluşlarda geçerli olmak üzere 'Sağlık Paketi' teminatı bulunan sigortalılarına paket içerisinde yer alan 'Diş Paketi?' hizmetini yılda 1 defaya mahsus olmak üzere ücretsiz olarak sağlamaktadır.
Randevu organizasyonu için 0 212 942 35 71 numaralı telefon aranmalıdır.

Diş Hekimi Muayenesi

Deterraj (Diş Taşı Temizliği Alt ve Üst Çene)

Diş Röntgen Filmi (Periapikal veya Panoramik)

Diş Röntgen Filmi (Periapikal veya Panoramik) hekimin uygun gördüğü durumlarda çekilebilir.
Filmin sigortalı tarafından CD olarak istenmesi durumunda ilgili talep, asistans paketi kapsamı dışındadır.

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

4.3. Psikolojik Danışmanlık Hizmeti:

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

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

Tüm sigortalıları kapsayacak bir psikolojik gelişim ve destek hizmetidir.

Telefon ile başvuran müşterilerin ilk değerlendirmesi yapılacaktır.

Müşteri talebine göre telefonda ve/veya yüz yüze görüşme destek hizmeti ücretsiz sağlanacaktır.
Danışmanın veya danışanın gerekli görmesi halinde yüz yüze görüşme hizmeti için ilk seans ücretsiz, ilk seansın sonraki seanslarda %40'a varan indirim oranları uygulanabilecektir.

4.4. Diyetisyen Hizmeti:

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

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

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

4.BEKLEME SÜRELERİ

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

1-Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıklarını ve diyaliz, üriner sistemin taşılı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel

2-Her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habituel omuz çıkıştı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemleri, fizik tedavi işlemleri

3-Her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, hemoroit, fistül, fissür ve perianal abse ameliyatları, tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi

4-Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,

5-Organ yetmezlikleri, organ nakilleri.



6-Polip, lipom, kist, nodül ve benzeri oluşumlar ile maling karakter içermeye 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 harekat, 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 aşağımasına 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 karşılaşma 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, İtriyat, 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 kemigi, 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 solusyonları ve bunlarla ile 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, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo



- redüksiyonu vb.) tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis 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 ile 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. Sebeple olursa olsun her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastric bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,
 24. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ alındırma, meme küçültme vb.) telenjiktazi, cilt hemangioları, ksantalezma, yüzeyel varis tedavileri (kimyasal blokaj, köpük ve sklerozan-lazer tedavileri gibi), aksesuar meme cerrahisi, estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşısı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi; jinekomasti ile ilgili her türlü gider; police öncesi dönemde ortaya çıkan düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gereklili 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, septonoplasti, 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 fitikleri, 3 yaşına kadar oluşan laktal kanal tikanlığı, prematüriteye ait giderler (kuvöz bakımı vs.), motor ve mental gelişim bozukluğu (büyümeye 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 iştme testi ve yenidoğan kalça usg hariç) , el'bilek grafileri, skolyoz tetkiki , inmemiş ve retraktif testis, polistik 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 doneğe ve alıcıya ait materyalin saklanmasına ilişkin giderler,
 29. Bir police 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 kullanılmasına 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, iştme 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 police 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 sporcuya 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, Tibbi 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

Satin 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 kapsamında nadır.

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 vr 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 İBRAZI GEREKEN BELGELER

Tazminat ödemeleri, sigortalının bildirdiği banka hesabına havale/EFT şeklinde yapılır. Kredi kartlarına tazminat ödemesi yapılmamaktadır. Sigorta şirketinin talep edeceğii 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 Tamamlayıçı Anlaşması olmayan sağlık kurumlarında SGK kullanımı şartı ile gerçekleşen) Sigortalının elden alacağı faturalar için sigortalıya yatarak ve ayakta tedavilerde 3 SUT kadar ödeme yapılacaktır.

Tamamlayıçı 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 karşılaşır. (



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 karşılaşır.Ozellikli malzemelerde SUT Tarifesi'nin x 0,25 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılaşır.
3. **Anlaşmasız kurum medikal yatış giderleri ;** Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 3 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılaşır. (Günlük 2.500 TL 'ye kadar olan 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, gerekiğinde 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 kullanılabilmesi 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 Müsteşarı, 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, gerekiğinde 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 tip 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, gerekiğinde 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 tip 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 gereklidir.
- 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

Sigortacı, ürün özel şartlarında, teminat içerisinde, 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.

AXA SİGORTA A.Ş. de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla **68** yaşında olan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi için medikal olarak değerlendirilirler. Yapılan değerlendirme sonucu sağlık durumu uygun bulunan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanırlar. Yenileme Garantisi değerlendirilmesi yapılırken sigortalıların geçmiş hasar prim oranlarına bakılmaz.

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

AXA Sigorta A.Ş de sağlık poliçesi olan kişilerin yeni doğan bebeklerinin poliçeye dahil edilmesi halinde, poliçe kapsamına alınan bebek AXA SİGORTA A.Ş. bebeği olur ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır. AXA SİGORTA A.Ş. bebeklerine bekleme süreleri uygulanmaz. Poliçeye girişi yapılacak olan bebeklerin sağlık durumlarının sigorta şirketi risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunması bu konudaki ön şarttır.

Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalıların, beşinci yıldan sonra yeni teşhis edilen konjenital (doğumsal) hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dâhilinde değerlendirilir. Bu uygulama poliçenizin özel şartlarında teminat dışı



kalan haller bölümünde yer alan ‘ nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, nazal valv operasyonları), her türlü omurga şekil bozukluğu ameliyatları ve giderleri, **6 yaşına kadar** ortaya çıkan kasık fitikleri ile ilgili ameliyat ve giderlerini’ kapsamaz.

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

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

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 günlük- 66 yaşından gün almamış kişiler sigortalanabilir. Sigortalının policesinde doğum ek teminatı bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, yeni doğan bebekler doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde sigortacına bildirim yapılması koşuluyla AXA BEBEK ayrıcalığı ile doğum tarihi itibarıyle sigortalanırlar.

Poliçeye girişi yapılacak olan bebeklerin sağlık durumlarının sigorta şirketi risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunması ön şarttır. 65 yaşından önce sigortalanan kişilerin poliçeleri 66 yaşından sonra da devam ettirilebilir.

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

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

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

10.1. Sigorta Yılı İçinde Sigortaya Girişler

Sigorta başlangıç tarihinde eşи 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 açılamaz. 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 doğuduktan 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.

Axa Bebek: Sigortalının policesinde doğum ek teminatı bulunması ve bu teminattan yararlanmaya hak kazanmış olması koşuluyla, yeni doğan bebekler doğum tarihlerinden itibaren 30 gün içerisinde sigortacına bildirim yapılması koşuluyla AXA BEBEK ayrıcalığı ile doğum tarihi itibarıyle sigortalanırlar. 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.



Erken doğan bebekler hamileliğin başlangıcından itibaren 40'inci haftayı doldurduklarında mevcut sağlık durumlarını bildiren her türlü tıbbi evrak, boy ve kilo değerleri, takip eden doktor raporu ile değerlendirmeye alınırlar. Erken doğan bebekler sigorta kapsamına alınmaya karar verildiğinde, 'Prematürelilik İle İlgili Giderler ve Tüm Sistemik Komplikasyonları kapsam dışı tutularak' poliçe tanzim edilir. 36 hafta ve altında doğan bebekler prematüre olarak değerlendirilir.

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

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 çocukların koruyucu aile tarafından sigorta ettirilmesi uygun değildir.

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

11.3. Prime İlişkin Düzenlemeler

11.3.1. İlk defa sigortalanacak / transfer olarak alınacak kişilerin prim tespitı:

Sağlıklı Yaşam İndirimine 1. Kademeden giriş yapılır.

11.3.2. Yenilemede prim tespitı:

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

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalılar için kullanımlarına ilişkin ek prim uygulaması yapılmaz. Ayrıca ilave olarak hak kazanabilecekleri indirimlerle ilgili 'Sağlıklı Yaşam İndirimi' uygulamaları



11.3.3. Sağlıklı Yaşam İndirimi maddesinde belirtilmiştir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisine 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 artıran/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 kademeden oluşmaktadır.

İlk kez sigortalanacak yeni iş ve farklı şirketten transfer olan kişiler için Sağlıklı Yaşam İndirimi 1. Kademeden 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,
- 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 şirketi tarafından düzenlenen ferdi veya grup sağlık sigorta poliçelerinin uygun bulunması halinde, önceki poliçe bitiş tarihinden itibaren 60 gün içinde şirketimizden poliçeleştirilmesi gereklidir. Bu 60



günlük süre içerisinde başvurunun yapılarak Sağlığım Tamam Sigortası Geçiş Formu `nun doldurulmuş olması, diğer sigorta şirketinden transfer bilgilerinin gelmiş olması ve kişiye açılacak poliçe şartlarının belirlenebilmesi amacıyla talep edilmiş olan tüm evrak ve bilgilerin şirketimize sunulmuş olması gereklidir.

Sigortalı adaylarının halen var olan ya da geçmişte yaşamış oldukları rahatsızlıklara, risk kabul kriterleri doğrultusunda işlem yapılır. Transfer formunda belirtilmiş olsun ya da olmasın, geçmişte yaşanmış veya halen devam eden tüm medikal sorunların, Sağlığım Tamam Sigortası Geçiş Formu `nda belirtilmiş olması gerekmektedir.

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

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

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

13. SIGORTA 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 sağılanması halinde yürürlüğe alınabilir.

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

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

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

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

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

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

- Sigorta ettiren, sağlık sözleşmesinin iptalini sigortacından talep etme hakkına sahiptir. İptal işleminin



yapılabilmesi için sigorta ettiren tarafından düzenlenen ve içerisinde 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 yararlanılması 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 SIGORTASI GENEL ŞARTLARI

Yürürlük Tarihi: 10 Ekim 1990

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

Teminat Dışı Kalan Haller

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

- Harp veya harp niteliğindeki harekat, ihtilal, isyan, ayaklanması 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 açığamasına 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,



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 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 kararlaştırılmış olmamakla, Türkiye saat 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 etmeye 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 tarafından iadelî tahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüg tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hükm ifade eder. Feshin hükm 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 hükm ifade etmesi için gelecek 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 sigortacına 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 iadelî taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüg 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 iadelî 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 hükm 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 değiştirmediği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayırmalıklara 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 sigortacaya 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 sigortacaya 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 etkileyebilecek 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 şüphesi 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 geregi 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 arasında seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir. a) İki taraf (b) fikrasına 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-bilirkişi 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 seçimesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.
- e) Hakem-bilirkişi ölü, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yeni 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 görecekleri 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 sigortacından tazminat istenemez ve sigortacıyla 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 huküm ve şartları ve bunların ileri sürülmemesini etkilemez.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Madde 11- Sigortacı ödediği tazminat tutarında 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 açabileceğİ dava ya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur. (2015/22 sayılı Sağlık Sigortası Genel Şartlarında Yapılan Değişiklikle 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 fikrası 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- Poliselere, 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 kıلان 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 sigortacaya 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 oluştuğunu 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 yapılmasıından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliğini 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 sigortacuya 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 vermesini 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.).



AXA SIGORTA



AXAFit uygulamasını indirmek
için QR kodu okutabilirsiniz.

AXA SİGORTA A.Ş.
Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 Salıpazarı, Beyoğlu,
İstanbul, Türkiye
Tel: 0 850 250 99 99
www.axasigorta.com.tr iletisim@axasigorta.com.tr
Ticaret Sicil No:98645 Büyük Mükellefler V.D. 6490039946



SAĞLIĞIM TAMAM SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla, Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN

BİLGİLER:

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Unvanı: NİHAT DİŞLİOĞLU SİGORTA ACENTELİĞİ

Partajı: 6552

Adresi: TEVFİKBEY MAH. KPLAN ÇIKMAZI SOK. NO:2/1 KÜÇÜKÇEKMECE İSTANBUL
TÜRKİYE

Tel / Faks No: 0(552)2532483 - (212)541 51 57 - 212 5417810/(212)541 51 57

2. Teminatı veren Sigortacının;

Ticaret Unvanı: AXA SİGORTA A.Ş.

Adresi:

Tel / Faks No: 0 850 250 99 99 / 0212 292 02 72

Mersis No: 0649003994600011

TEMİNAT BİLGİLERİ

TEMİNAT ADI	TEMİNAT LİMİTİ	ŞİRKET KATILIM ORANI	KULLANIM HAKKI
YATARAK TEDAVİ TEMİNATI	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ
YATARAK MALZEME TEMİNATI	60,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
EVDE BAKIM GİDERLERİ	300,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
SUNİ UZUV GİDERLERİ	300,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
YARDIMCI TİBBİ MALZEME GİDERLERİ	50,000 TL	%100	YILLIK LİMİT
AYAKTA TEDAVİ ve FİZİK TEDAVİ PAKETİ	10	%100	KERE/KEZ LİMİT
AMBULANS HİZMETLERİ	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ
GENİŞ KAPSAMLI SAĞLIK PAKETİ ASİSTANS HİZMETLERİ	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Geniş Check-up Paketi (18 yaş ve üzeri kişiler için geçerlidir)	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Dış Paketi	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Psikolojik Danışmanlık Hizmeti	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
Diyetisyen Hizmeti	1	%100	KERE/KEZ LİMİT
GÖRÜNTÜLÜ DOKTOR DANIŞMA HİZMETİ	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ
TELEFONDA DOKTOR DANIŞMA HİZMETİ	LIMITSIZ	%100	LİMİTSİZ

B.UYARILAR:

- SİGORTALININ POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN ÖNCE VAR OLAN ŞİKÂYET VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ HER TÜRLÜ SAĞLIK HARCAMASI POLİÇE KAPSAMI DIŞINDADIR.**
- SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı durumda meydana gelen sağlık giderleri poliçe kapsamı dışındadır.
- 5510 SGK Kanunu ilgili maddesi gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları sigortaya konu edilememektedir, ilgili tutar sigortalı tarafından ödenecektir.
- Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için AXA Sigorta Sağlığım Tamam Sigortası Özel Şartlarını ve Sağlık Sigortaları Genel Şartlarını dikkatlice okuyunuz.
- Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. Maddesi gereği; Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan



ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gereklidir. İlk prim ödenmeden rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacının sorumluluğu başlamaz.

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

6. İlleride doğabilecek bir takım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayın. Primlerinizin kredi kartından çekilememesi durumunda poliçeniz provizyona (kullanıma) kapatılacak olup ödemenin gecikmesinin devamı halinde özel şartlar gereği poliçeniz iptal edilecektir.
7. Sağlığım Tamam Sigortası Anlaşmalı kurum listelerimiz her ay güncellenmekte olup, güncel haline www.axasigorta.com.tr web adresimizden ulaşabilirsiniz.
8. İlgili policedeki prim sadece sigortalı için geçerli olup prim ödemesi yapılmaksızın herhangi bir kişiye sağlık poliçesi açılamaz.
9. Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM) , Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

C.GENEL BİLGİLER:

Sigortalı/Sigortalıların policede/zeyilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, police/zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dâhilinde, TTK, Genel hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

Sigortalının police başlangıç tarihinden önce var olan şikayet ve hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları police kapsamı dışındadır.

Yatarak Tedavi Teminatı: Sigortalının tedavisinin hastanede yatarak yapılmasının gerekliliği olduğu durumlarda oluşan sağlık giderleri belirtilen teminat, limit, uygulama ve iştirak oranı dâhilinde bu teminat kapsamındadır. Cerrahi ve dahili yataşlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, küçük müdahale, koroner anjiyografi giderleri Yatarak Tedavi Teminatı kapsamında değerlendirilir.

Ayakta Tedavi Giderleri: Sigortalının ayakta tedavi giderleri police belirtilen kullanım adeti, limit, uygulama ve iştirak oranı dâhilinde bu teminat kapsamındadır. Ayakta Tedavi Giderlerinden kasit, doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri ve fizik tedavi giderleridir. **Bu teminatların kapsamı aşağıdaki belirtilmiştir.**

- **Doktor Muayene** Tıp diplomasına sahip doktorlar tarafından hastanelerde, kliniklerde ve özel muayenehanelerde yapılan hasta tedavisine yönelik muayene giderleri bu teminattan karşılanır.
- **Laboratuvar Hizmetleri** Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gereklili görülen her türlü laboratuvar hizmeti giderleri bu teminattan karşılanır.
- **Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri** Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gereklili 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, uyku testi (CPAP kalibrasyonu hariç), iştitme testi ile bu incelemelerin yapılabilmesi için kullanılan ilaç, anestezi ve yatak ücreti vb. masrafları bu teminat kapsamındadır. Tibbi gereçlerin (CPAP aleti vb.) kalibrasyonu için yapılan işlemler teminat kapsamı dışındadır.
- **İleri Tanı Yöntemleri** Doktor tarafından hastalıkların tedavisinde gereklili görülen, hastane ve fizik tedavi merkezlerinde yapılan fizik tedavi kapsamındaki tedavi giderleri bu teminattan karşılanır. Fizik Tedavi işlemi yataklı bir sağlık kurumunda, yatarak yapılmış olsa dahi sayısıyla SGK'nın ödemesine onay verdiği her bir fizik tedavi paketi için 1 ayakta teminat hakkı ile ödenir. Policede yıllık Ayakta Tedavi teminatı hakkı sayısıyla sınırlı kalmak koşuluyla, SGK uygulamaları geçerli olup seans limiti bulunmamaktadır. Bu yataşlarda fizik tedavi ücreti dışında kalan giderler (oda, refakat, yemek, doktor takip ücreti vb.) karşılanmaz.
- **Doğum Paketi:** (Bu teminat ancak 'Doğum Paketi' teminatının alınması durumunda geçerlidir.)

Doğum Paketi: 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 'Sağlığım Tamam' sağlık sigortası sahibi sigortalılarımız, doğum paketi ek teminatı satın alabilirler.

Doğum teminatı bulunan poliçede gebelikle ilgili giderlerin karşılanması 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 bulunsa dahi Axa Sigorta'daki poliçesinde 5 aylık bekleme süresi, sigortalının doğum teminatı bulunan Axa Sigorta poliçesi kapsamına dahil olmasından itibaren başlayacaktır.

Gebelik hakediği 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 kurtaj, hiperemezis 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, mutat 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 sigortacuya bildirim yapılması koşuluyla AXA BEBEK ayrıcalığı ile doğum tarihi itibarıyle sigortalanırlar. 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 sigortalanır. 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.

Asistans Hizmetleri: Asistans paketi için hizmetten yararlanma şartları için poliçe özel şartlarını okuyunuz.

Düzen Teminatlar: Evde Bakım Giderleri, Suni Uzuv Giderleri, Yardımcı Tıbbi Malzeme Giderleri yıllık limit teminat ve iştirak oranı dâhilinde karşılanır.

**Satin almış olduğunuz ürün aşağıdaki teminatları içermemektedir.**

- Ayakta tedavi ilaçları, aşıları,
- Gebelik, Doğum ve bebeğe ait giderler, (*Ek Doğum Paketi satın alınmamış ise*)
- *Check-up (SAĞLIK PAKETİ ASİSTANS HİZMETLERİ içerisinde yer alan Check-up bir asistans hizmetidir ve paket kapsamı dahilinde yer aldığı sürece yılda 1 kez geçerlidir.)*
- Gözlük, cam, çerçeve, kontakt lens ve lens solüsyonları,
- Diş tedavisi,
- Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası,

Prim Tespitine İlişkin Kriterler:**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 10 eşit taksit ödeme planına göre hesaplanmaktadır. Alternatif ödeme seçeneklerinin tercih edilmesi halinde değişkenlik gösterebilir.

2. Tablo Fiyatı Hangi Kriterlere Göre Değerlendirilmektedir?

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

3. Prime İlişkin Düzenlemeler

3.1. İlk defa sigortalanacak / transfer olarak alınacak kişilerin prim tespitı: Ürün tablo fiyatı uygulanır. Sağlıklı Yaşam İndirimine 1. Kademeden giriş yapılır.

3.2. Yenilemede prim tespitı:

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

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalılar için kullanımlarına ilişkin ek prim uygulaması yapılmaz. Ayrıca ilave olarak hak kazanabilecekleri indirimlerle ilgili 'Sağlıklı Yaşam İndirimi' uygulamaları **3.3. Sağlıklı Yaşam İndirimi** maddesinde belirtilmiştir.

Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmamış müşteriler için;

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

Ayrıca ilave olarak hak kazanabilecekleri indirimlerle ilgili 'Sağlıklı Yaşam İndirimi' uygulamaları **3.3. Sağlıklı Yaşam İndirimi** maddesinde belirtilmiştir.

Primi artıran/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.



3.3. Sağlıklı Yaşam İndirimi:

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

AXA Sigorta Sağlıklı Yaşam İndirimi 8 kademeden oluşmaktadır.

İlk kez sigortalanacak yeni iş ve farklı şirketten transfer olan kişiler için Sağlıklı Yaşam İndirimi 1. Kademeden 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 policedeki 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,
- 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



D. 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 harekat, 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 aşağı çıkışmasına 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 öncesi 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, İtriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, dış 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 olacak sağlık giderleri,
16. Diş, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik her bransta 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 ile ilgili giderler, multifokal lens gibi kırmızı 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. Kisırılık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermiogram, adhezyolizis, suni döllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet (fimozis 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 ile 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 (Gastric bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejuno-ileostomi, barsak kısaltılması vb.) ,
24. Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme vb.) telenjiktazi, cilt hemangioları, ksantalezma, yüzeyel 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; police öncesi dönemde ortaya çıkan düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gereklili 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 fitikleri, 3 yaşına kadar oluşan lakovral 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 özellikle 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 iştme testi ve yenidoğan kalça usg hariç) , el'bilek grafileri, skolyoz tetkiki , inmemiş ve retraktif 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 police 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 kiraları 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 police limit ve teminatları doğrultusunda karşılanır. Otomobil ve motosiklet yarışları dahil olmak üzere her türlü spor müsabakası sırasında sporculara ait sağlık masrafları, police kapsamı dışındadır. Lisanslı sporcu olarak profesyonel veya amatör her türlü müsabakaya ve/veya antrenmana katılım sırasında meydana gelebilecek hastalık ve sakatlıklar police 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,

E.BEKLEME SÜRELERİ:

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

- 1-Her türlü kanser ve kalp hastalıkları, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, üriner sistemin taşılı hastalıkları, prostat hastalıkları, varikosel
- 2-Her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habituel omuz çıkıştı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri, endoskopik işlemleri, fizik tedavi işlemleri
- 3-Her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), safra kesesi hastalıkları, safra yolu hastalıkları, katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları, pilonidal sinüs, hemoroit, fistül, fissür ve perianal abse ameliyatları, tonsillit, geniz eti, sinüzit ve orta kulak cerrahisi
- 4-Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri (rahim sarkması), varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, 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.)

F.SİGORTANIN YENİLENMESİ VE ÖMÜR BOYU YENİLEME GARANTİSİ:

Sigortacı, ürün özel şartlarında, teminat içerisinde, teminat dışı kalan haller listesinde, teminat limitleri ve police primlerde değişiklik yapılabılır. 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.

AXA Sigorta A.Ş.'de kesintisiz olarak 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 68 yaşında olan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi için medikal olarak değerlendirilirler. Yapılan değerlendirme sonucu sağlık durumu uygun bulunan sigortalılar Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanırlar. Yenileme Garantisi değerlendirilmesi yapılrken sigortalıların geçmiş hasar prim oranlarına bakılmaz.

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

AXA Sigorta A.Ş de sağlık poliçesi olan kişilerin yeni doğan bebeklerinin poliçeye dahil edilmesi halinde, police kapsamına alınan bebek AXA SSigortaA.Ş. bebeği olur ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi hakkı kazanır. AXA SigortaA.Ş. bebeklerine bekleme süreleri uygulanmaz. Poliçeye giriş yapılacak olan bebeklerin sağlık durumlarının sigorta şirketi risk kabul uzmanları tarafından uygun bulunması bu konudaki ön şarttır.

Şirketimizde 5 yıl süre ile aralıksız sağlık poliçesi satın almış ve Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmış sigortalıların, beşinci yıldan sonra yeni teşhis edilen konjenital (doğumsal) hastalıklara ilişkin tazminat talepleri kapsam dâhilinde değerlendirilir. Bu uygulama poliçenizin özel şartlarında teminat dışı kalan haller bölümünde yer alan ' nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her türlü yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, SMR, nazal valv operasyonları), her türlü omurga şekil bozukluğu ameliyatları ve giderleri, 6 yaşına kadar ortaya çıkan kasık fitikleri ile ilgili ameliyat ve giderlerini' kapsamaz.

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

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

G. TAZMİNAT ÖDEMESİ:

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

Ayaka 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 karşılaşır. (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 karşılaşır.

Özellikli malzemelerde SUT Tarifesi'nin x 0,25 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılaşır.

3- **Anlaşmasız kurum medikal yatış giderleri ;** Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT Tarifesi) 3 katıyla sınırlı olacak şekilde karşılaşır. (Günlük 2.500 TL 'ye kadar olan 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 karşılaşmaz. 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.

Poliçe bitiş tarihinde sigortalının hastanede yatarak yapılan tedavisinin devam etiği durumlarda, bu tedaviler poliçe 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.

H. CAYMA HAKKI

Sigortalı, sigortaya ilişkin işbu sözleşmenin kurulduğu tarihten itibaren 30 (otuz) gün içinde herhangi



bir gerekçe göstermeksızın ve cezai şart ödemeksızın sözleşmeden cayma hakkına sahiptir. Sigortalı cayma hakkına ancak sigorta sözleşmesinin satıcı veya sağlayıcı ile tüketicinin eş zamanlı fiziksel varlığı olmaksızın, mal veya hizmetlerin uzaktan pazarlanması yönelik olarak oluşturulmuş bir sistem çerçevesinde, taraflar arasında sözleşmenin kurulduğu ana kadar ve kurulduğu an da dâhil olmak üzere uzaktan iletişim araçlarının kullanılması suretiyle kurulmuş olması halinde (mesafeli sözleşme) sahip olacaktır. Sigortalı, cayma hakkının kullanılmasında cayma kararını bildiren açık bir beyanda da bulunabilecegi gibi cayma beyanını iletisim@axasigorta.com.tr adresine e-posta gönderilmesi suretiyle de iletебilir. Cayma hakkı kullanılmadan önce police teminatından yararlanılmış ise bu hak kullanılamaz.

I. TAHKİM UYGULAMASI:

AXA Sigorta A.Ş. Sigorta Tahkim yapısına üye bir sigorta şirketidir. Sigorta Tahkim Komisyonu'na www.sigortatahkim.org web sitesinden, bilgi@sigortatahkim.org mail adresinden, 0216 651 65 65 pbx nolu telefon numarasından erişim sağlanabilir.

J. KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI:

AXA Sigorta A.Ş. olarak, Veri Sorumlusu sıfatıyla, sunduğumuz hizmetleri yerine getirirken kişisel verilerinizin gizliliğini sağlamaya ve verilerinizi mevzuata uygun şekilde işlemeye ve gerekli tüm güvenlik tedbirlerini almaya en yüksek mertebede özen göstermektedir. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi kişisel veri olarak tanımlanmıştır. Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir. Özel nitelikli kişisel verilerden sağlık ve cinsel hayatı ilişkin olanlar ancak onay verilmesi durumunda işlenebilmektedir. Kişisel/Özel Nitelikli Kişisel Verileriniz sigortacılık mevzuatı başta olmak üzere, kanunlar ve sair mevzuat kapsamında vermektede olduğumuz risk değerlendirmesi, çapraz satış da dahil olmak üzere sigorta satış, istatistik, fiyatlama, müşteri memnuniyetine yönelik operasyonların planlanması ve icrası, tanıtım, reklam ve pazarlama faaliyetleri, hasar ödeme ve asistans faaliyetleri başta olmak üzere acentelerimiz ve diğer iş ortaklarımız aracılığıyla sigorta sözleşmeleri kapsamında sizlere verilecek hizmetlerin yerine getirilmesi süreçlerinde işlenmektedir.

Sözleşmeden kaynaklanan edimlerin ifa edilebilmesi kapsamında ticari faaliyetlerimizi yürütürken Şirketimize hizmet sunan taraflar ile, hukuki yükümlülüklerimizi yerine getirmek amacıyla T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi başta olmak üzere yetkili yurt içi ve yurt dışındaki yetkili kamu kurum ve kuruluşları ile, iştirak ve bağlı ortaklıklar ile, İlgili Kişi'nin temel hak ve özgürlüğünü zedelemeksızın özellikle Şirket'in verinin paylaşılmrasında meşru bir menfaati varsa veya ilgili bir sözleşmenin ifasını gerektiriyorsa yurt dışındaki Grup Şirketlerimize kişisel verilerinizi aktarılabiliriz.

Söz konusu kişisel veriler, elektronik ortamda otomatik yollar ile sözlü/yazılı şekilde otomatik olmayan yollar vasıtasıyla toplanmakta ve acentelerimiz, internet uygulamalarımız ve çağrı merkezimiz aracılığı ile doğrudan doğruya sizlerden ve sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan yükümlülüklerin yerine getirebilmesi için kamu kurumları tarafından tarafımıza erişim yetkisi verilen veri tabanlarından derlenmektedir. Belirtmek isteriz ki, AXA Sigorta A.Ş. olarak kişisel verilerinizi hiçbir zaman yetkisiz üçüncü kişilerle kendi menfaatlerimize olacak bir şekilde paylaşmıyor veya erişime açmıyoruz.

İlgili Kişi olarak haklarınıza ve bu hakları nasıl kullanacağınızı dair bilgiler de dahil olmak üzere konuya ilgili her türlü detaylı bilgiye AXA Sigorta A.Ş. kurumsal internet sayfasında yer alan "Aydınlatma Bildirimi" bölümünden erişebilirsiniz.

() İşbu form kapsamında belirtilen bilgileri okuduğumu, seçtiğim ürün ve teminatlar konusunda bilgilendiğimi, Aracı tarafından Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki haklarım ve veri işleme süreçlerine ilişkin bilgilendirme yapılmış olduğunu ve ayrıca bu bilgilendirmelere AXA Sigorta A.Ş. kurumsal internet sayfasında yer alan "Aydınlatma Bildirimi" bölümünden çağrı merkezi ile

(0850) 250 99 99 numaradan iletişime geçerek ya da kisisilverikoruma@axasigorta.com.tr adresine elektronik posta göndererek ulaşabileceğim konusunda bilgilendirdiğini beyan ederim.

Veri Sahibi

Ad-Soyad:

Tarih _____:

İmza _____:

K. UYUŞMAZLIKLARIN ÇÖZÜM YOLLARINA İLİŞKİN BİLGİLER

Bu policeden 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 yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

Sigortacı Sigorta Tahkim Sistemine üyedir.

Ayrıca poliçenize ilişkin uyuşmazlıklarla ilgili olarak, tüketici hakem heyetlerine veya öncesinde arabulucuya başvurulması şartı ile tüketici mahkemelerine başvuruda bulunabilirsiniz.

Sigortaya ilişkin her türlü şikayet ve bilgi talepleri için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 iş günü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Adres: AXA SİGORTA A.Ş. Müşteri Hizmetleri Departmanı Palladium Tower Barbaros Mahallesi Kardelen Sokak No:2 Kat:17/60 Ataşehir-İstanbul/Türkiye

Telefon: 0850 250 99 99 - Fax: 0212 292 02 72

E-mail: iletisim@axasigorta.com.tr

Adres: AXA SİGORTA A.Ş.
Palladium Tower Barbaros Mahallesi
Kardelen Sokak No:2 Kat:17/60 Ataşehir-
İstanbul / Türkiye

Tel: 0 850 250 99 99

Faks: (0212) 292 02 72

E-posta: iletisim@axasigorta.com.tr

**Sigortacı veya Acentenin Adı, Soyadı,
Kaşesi, İmzası:**
NİHAT DİŞLİOĞLU SİGORTA ACENTELİĞİ

Tarih:

Sigorta Ettirenin Adı, Soyadı, İmzası: SEVİNÇ ŞEN ERROL

Tarih: