

## **TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTALARI BİLGİLENDİRME FORMU**

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla, 13.01.2011 tarihli ve 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu 1423.maddesi, 14.02.2020 tarihli 31039 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik" gereğince hazırlanmıştır.

Sözleşme öncesinde tarafınızla paylaşılmış bulunan işbu bilgilendirme formu; tüm sigortalara öngörülen örnek forma dayanarak hazırlanmış genel bir bilgilendirmeyi içermekte olup, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin olarak bilgilendirmeyi içermektedir. Herhangi bir ihtilafa düşülmesi halinde bilgilendirilmiş olduğunuz; Sigorta Genel Şartları, poliçe üzerinde yazılı ürüne ait özel şartları esas alınacaktır. Bu nedenle ilgili ürüne ilişkin sunulmuş bulunan genel ve özel şartları dikkatlice okuyunuz.

İş bu form taraflarca imzalanmış olsa dahi, tek başına hiçbir şekilde teklif veya sözleşme niteliği taşımamaktadır.

### **A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER**

#### **1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;**

**Ticaret Unvanı :**

**Adresi :**

**Tel & Faks no. :**

#### **2. Teminatı veren sigortacının;**

**Ticaret Unvanı : AVEON GLOBAL SİGORTASI A.Ş.**

**Adresi : 19 Mayıs Mh. 19 Mayıs Cd. Nova Baran Plaza. No:4 Kat:12 Şişli/ İSTANBUL**

**E Mail : bilgi@aveonglobalsigorta.com**

**Telefon : 0 212 944 57 27**

**Sağlık Destek Hattı: 0 850 711 09 10**

### **B. UYARILAR**

1. Sigortalı/Sigortalıların poliçede/zeyilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, Poliçe/Zeyilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, katılım oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, ilgili tüm yasal mevzuat, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel şart hükümlerine göre teminat altına alır
2. Poliçeniz kapsamındaki teminat ve uygulamalara ait Özel Şartlar, Sağlık Sigortası Genel Şartları, Teminat Tablosu ve İstisnaları içerir detaylı bilgiler poliçe ekinde tarafınıza iletilmiş olmakla birlikte, sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından yeniden verilecektir. İş bu "Bilgilendirme formu"; başvuru

aşamasında sözleşme kapsamına ilişkin yükümlülükler ve genel bilgileri vermek amacıyla hazırlanmıştır.

3. Sağlık sigortası teminatı, sigortalı tarafından doldurulan başvuru formunun Aveon Global Sigorta A.Ş.Tarafından kabul edilip, poliçenin tanzim edilmesi ve primin tamamının veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa belirlenen ilk taksitinin ödenmesi koşulu ile başlar. Aksi kararlaştırılmadıkça, primin tamamı veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğu başlamaz. Primin taksitle ödenmesinin kararlaştırıldığı hallerde, vadesinde ödeme yapılmaması durumunda poliçe teminatı durdurulur. Tamamlayıcı sağlık sigortası sözleşme süresi 1 yıldır.
4. Sözleşmenin kurulması sırasında, sigorta süresince ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermektan kaçınınız. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabilir. Gerek sigorta ettirenin gerekse sigortalı adayının kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.
5. Sözleşmenin kanuni sebeplerle feshedilmesi halinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigortalıya iade edilir.
6. Poliçe kapsamında bulunan sigortalılardan herhangi birinin, poliçe genel şartlarına ve uygulama esaslarına ters düşen, kasıtlı olarak yarar sağlama amacı güden bir girişimde bulunması durumunda, poliçe kapsamında bulunan bu sigortalının poliçesi derhal iptal edilecektir.
7. Sigortacı, Sigortalının yazılı onayını alarak kendisini tedavi eden kişi ve kurumlardan bilgi alma ve belge isteme hakkına sahiptir. Sigortalının Sigortacı 'ya sağlık geçmiş bilgilerine erişim yetkisi verdiği durumlarda sigortalının sağlık durumunun tespiti için Sigortacı tarafından gerekli görülen hekim görüşü, tetkik vb taleplere ilişkin masraflar Sigortacı tarafından karşılanır. Ancak Sigortalının sağlık geçmiş bilgilerine erişim yetkisi vermediği veya sağlık bilgilerine erişim yetkisi vermesine rağmen anlaşmasız kurumlardan belgeleri temin edememesi durumunda ihtiyaç duyulabilecek hekim görüşü, tetkik vs. masraflar Sigortalı tarafından karşılanacaktır.
8. Şirketimizde kurumsal tamamlayıcı ya da kurumsal özel sağlık sigortası kapsamında olup, işten ayrılma, emeklilik veya grubun Şirketimizle yaptığı sözleşmenin sona ermesi durumunda bireysel tamamlayıcı sağlık sigorta poliçe başvurusu yapan kişiler için, herhangi bir yenileme garantisine hak kazanmış olup olmadığı da dikkate alınarak, tıbbi risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireysel tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin başlangıç tarihinden önce var olan hastalıklar için muafiyet uygulanabilmekte veya bu hastalıklar için ek prim alınabilmektedir. Bazı ameliyatlar için geçerli olan 3 aylık bekleme süresi ise kurumsal özel sağlık ya da kurumsal tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinde 3 ayını tamamlayan sigortalılar için uygulanmamaktadır.
9. Şirketimizde Bireysel Özel Sağlık Sigortası mevcut iken Şirketimiz Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını satın almak isteyen kişiler için Ömür Boyu yenileme Garantisi olsun veya olmasın risk değerlendirmesi yapılmayacak, Özel Sağlık Sigortası poliçesindeki İlk Sigorta başlangıç tarihi taşınacak fakat, ameliyat bekleme süreleri ve doğum teminatı için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası başlangıç tarihi ve özel şartları esas alınacaktır

### **C.GENEL BİLGİLER**

1. İşbu poliçe Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları çerçevesinde sigortalının belirtisinin/bulgusunun ve/veya teşhisinin ve/veya tedavisinin sigorta başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarına ait muayene, tetkik, tedavi vb. sağlık giderlerini, poliçe teminat kapsamı/limitleri dahilinde ve Sosyal Güvenlik

Kurumu (SGK) geri ödeme kurallarına uygun olarak, Anlaşmalı Kurum ile Sigortacı arasında yapılan anlaşmaya göre, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)fiyatları üzerinde kalan fark tutarlarının ödenmesini kapsar. SGK tarafından kapsama alınan ve Genel Sağlık Sigortası olan kişiler bu poliçe kapsamında yer alabilmektedir. Şirketimiz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndan faydalanabilmek için aile fertlerinin her birinin ayrı poliçeye sahip olması gerekmektedir.

2. Sigorta poliçesi 1 yıldır. Başlangıç tarihinde Türkiye saati ile öğlen 12:00 de başlar ve bitiş tarihinde öğlen 12:00 sona erer.
3. Bu sigorta poliçesi; önceden mevcut olmayan, belirtisinin ve bulgusunun tamamlayıcı sağlık sigortası alındıktan sonra ortaya çıkan ve poliçede belirtilen teminatlar kapsamında oluşabilecek ciddi kaza, beklenmedik ve ani rahatsızlıklara ilişkin harcamaları, acil tıbbi yardım masraflarının Sözleşmesinde belirtilen yükümlülükler, özel ve genel şartlar teminatları, limitler ve ödeme oranları dâhilinde güvence altına alır.SGK'dan provizyon alınmamış sağlık harcamalarına ait giderler bu poliçede kapsamı dışındadır. Poliçe kapsamında ödeme yapılabilmesi için, sigortalının muayene, tetkik ve tedavilerinin, poliçenin geçerli olduğu tarihler arasında gerçekleştirilmiş olması gerekmektedir.
4. Teminat dışı haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları'na bakınız. Tamamlayıcı Sağlık Sigorta poliçesi kapsamında, sadece SGK tarafından karşılanacak tedavi masraflarının yasal çerçeveye içerisinde sigortalının ödemesi gereken fark kısmı özel şartlar dahilinde karşılanacaktır. İş bu ürün, Aveon Global Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünü için anlaşmalı olduğu ve SGK ile de anlaşması bulunan kurumlarda/doktorlarda geçerli olacaktır. SGK ile anlaşmalı olduğu halde, Şirketimizle tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında anlaşması bulunmayan sağlık kuruluşlarında yapılacak tedavi giderleri ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) hak sahibi olmayan kişilerin tedavi giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.
5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında sadece Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan Türkiye Cumhuriyeti (T.C) vatandaşları ve Genel Sağlık Sigortası hak sahibi olan yabancı uyruklu kişiler sigortalanabileceklerdir. Bu poliçe sadece Türkiye Cumhuriyeti (T.C) sınırları dahilinde geçerli olup, yurt dışında geçerli olmayacaktır. KKTC yurt dışı olarak kabul edilmektedir.
6. Bebeklerin doğuştan gelen hastalıklarının poliçe kapsamına alınarak doğdukları tarih itibarıyla sigortalanabilmeleri için (Aveon bebeği);
  - a. Annenin Ayakta -Yatarak ve Doğum teminatı da içeren poliçesinin olması,
  - b. Bebeğin sağlıklı olarak doğması ve başvuru formunun Şirketimize teslim edildiği anda herhangi bir hastalığının teşhis edilmemiş olması,
  - c. Bebek için doldurulmuş başvuru formunun, doğum belgesi ve bebeğin hastane çıkış epikrizi ile, doğum tarihini takiben 15 gün içinde (15. gün dahil) Şirketimize iletilmiş olması gerekmektedir.
7. Doğdukları tarih itibarıyla sigortalananan bebekler için sonradan ortaya çıkan konjenital hastalıkları kapsam içerisinde olacaktır Yukarıda yer alan koşullardan herhangi biri sağlanmıyorsa bebekler doğduktan 14 gün sonra risk değerlendirmesi yapılarak poliçe kapsamına dahil edilecektir. Doğuştan gelen hastalıkları poliçe kapsamı dışında bırakılacaktır.
8. Yenileme Garantisi: Sigortalı, dördüncü yıl yenileme işlemleri sırasında;
  - a. İlk kez 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınmış,
  - b. Kesintisiz olarak 3 yıl aynı planda sigortalılık süresini doldurmuş,
  - c. Son 3 yıllık Tazminat/Prim oranı %100 ve altında ise,Sigortacı tarafından Yenileme Garantisi verilmek üzere risk analizine tabi tutulur. Yapılan risk değerlendirme sonucu Sigortacının belirleyeceği şartlar dahilinde şartlı ya da şartsız kabul edilmesi durumunda "Yenileme Garantisi" hakkı kazanır. Sigortacının

risk analizi sonucunda uygun bulmadığı ve Yenileme garantisi vermediği sigortalılar için bir sonraki yıl yeniden risk analiz değerlendirmesi yapılır.

Sigortacı, değerlendirme için Sigortalılardan tetkik sonucu, e nabız kayıtlarını, medikal rapor vb. belge ve bilgi talep edilebilir. Bu değerlendirme her bir Sigortalı için ayrı ayrı yapılır. "Yenileme Garantisi" hakkı kazanan Sigortalıların mevcut üründe devam etmesi durumunda, "Yenileme Garantisi" alındıktan sonraki dönemlere ait yenilemelerde tekrar risk analizi değerlendirmesi (kapsam dışı, üst limit, medikal ek prim ve katılım payı vb.) yapılmaz. Ancak, bu Sigortalılar için Tazminat / Prim oranına göre, poliçe özel şartlarında belirtilen oranlara göre ek prim uygulaması yapılacaktır. Yenileme Garantisi almaya hak kazanamayan sigortalılar, her yıl poliçe yenileme dönemlerinde son dört yıldaki tazminat/prim oranlarına bakılmak suretiyle, tekrar Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi değerlendirmesine alınacaklardır

9. Sözleşmenin Yenilenmesi: İş bu sigorta sözleşmesi, Sigortalının, ilk yıl ve /veya kesintisiz devam eden poliçe yılı sonunda, sigorta bitiş tarihinden önceki veya sonrasındaki otuz günlük süre içerisinde sigortalı / sigorta ettirenin talebi ile sigortacının belirleyeceği esaslar doğrultusunda yeni poliçe düzenlenmesi ve üzerinde mutabık kalınmasıyla yenilenebilir. Otuz günlük süre geçirildiğinde; Sigortalının önceki poliçesindeki kazanılmış haklarını kaybedecek, bekleme süreleri yeniden uygulanacak ve Sigortacının risk değerlendirmesi yaparak mevcut tüm hastalıkları şartlı kabullerle (kapsam dışı, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi, vb. uygulayarak) teminat altına alma hakkı saklı kalmak kaydıyla, sigortalı yeni bir sigortalı durumuna gelecektir. Sigortalı, mevcut poliçesinin hak kaybına uğramaması için (bitiş tarihinden Otuz gün önce/ Otuz gün sonrasında) yenilemesini takip etmek ve Sigortacıdan talep etmekle yükümlüdür.

#### **D. TEMİNATLAR**

Tamamlayıcı sağlık sigortası teminatları, poliçenin yürürlükte olduğu, toplam primin ödenmiş olması durumunda geçerlidir.

**Yatarak Tedavi Teminatı:** İş bu Sigorta Poliçesi kapsamında bulunan Sigortalının hayati tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ile Hastane dışında tedavi edilmesi mümkün olmayan, Doktorun, tıbben gerekli bulduğu ve provizyon talebinin sigorta şirketince onaylandığı dâhili ve/veya cerrahi yatışları ile küçük müdahale giderleri bu teminat kapsamından karşılanır.

Yatarak Tedavi teminatı, yatış tarihinden taburcu işlemi yapıncaya kadar uygulanan; Doktor, ilaç, ameliyathane, operatör, anestezi, standart tek yataklı oda ücreti, yemek, refakatçi, standart hemşirelik ücreti yoğun bakım, her türlü sarf malzeme giderleri, Kemoterapi (Hepatit C tedavisinde kullanılan "interferon ve peginterferon alpha" etken maddeli ilaçlar dahil), Radyoterapi, Diyaliz, yatış sırasında gerçekleştirilen fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri, Koroner anjiyografi, Ameliyat sırasında zorunlu kullanılan protezler(kalp kapağı, kalp pili, kalça protezleri vb), hastalık ve/veya kaza sonucu oluşan uzuv kayıplarında, uzvun yerine kullanılan protezler, böbrek taşı kırma(ESWL), böbrek, beyin, kemik iliği ve karaciğer biyopsileri, dış gebelik, molhidatiform, fototerapi, Sigortalının tedavisi sırasında vefatı durumunda morg masrafları ile Trafik kazası sonucu oluşan dış/çene cerrahisi resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartı ile yine bu teminat kapsamında değerlendirilir. Kemoterapi/ Radyoterapi/ Diyaliz takibine ilişkin yapılan laboratuvar tetkikleri, röntgen ve tanı yöntemleri ile ilgili sağlık giderleri, Ayakta Tedavi Teminatı kapsamında karşılanır. İş bu poliçede, aksi belirtilmedikçe yoğun bakım yatış süresi 90 gün, toplam yatış süresi 180 gün, Sigortalının sağlık sigortasına sahip olduğu ilk tarihten itibaren ömür boyu hastanede yatış süresi 720 gün ile sınırlıdır.

Triyaj uygulamasında Kırmızı Alan' a giren vakalara ait giderler yatarak tedavi kapsamında değerlendirilir.

**Ayakta Tedavi Teminatı:** Bu Poliçenin kapsamı dahilinde, teşhis ve tedavinin hastanede yatmayı gerektirmediği hallerde, Sağlık Kurumları'nda gerçekleştirilen doktor muayene, ilaç, görüntüleme, laboratuvar hizmetleri, tanı ve ileri tanı amaçlı incelemeler ile seanslı tedavi giderleri bu teminat kapsamında karşılanır. Ayakta Tedavi Teminatları tek başına verilemez, ancak Yatarak Tedavi Teminatı ile alınabilir.

Poliçe dönemi içerisinde teminat tablosunda belirtilen kullanım adeti ile sınırlıdır.

**Doğum teminatı:** Ek prim ödenerek poliçe kapsamı altına alınır ve sadece poliçelerinde doğum teminatı olan sigortalılar için geçerlidir. Doğum teminatı bulunan poliçelerde gebelik ile ilgili giderler 12 ay boyunca teminat kapsamı dışındadır. Doğum teminatı kapsamındaki giderlerin karşılanabilmesi için sigortalının 2. yıl poliçe yenilemesini yaptırması gerekmektedir. Doğumla ilgili rutin kontroller yıllık Ayakta Tedavi sayısından düşülecektir. Poliçesi sadece yatarak tedavi olan sigortalıların doğum ile ilgili rutin kontrolleri poliçe kapsamı dışındadır. Doğum teminatı kapsamına giren tüm giderler, 1 yıllık poliçe döneminde sadece 1 kere ödenir. İsteğe bağlı kürtaj poliçe kapsamı dışındadır. Önceki gebelik döneminde yapılan bir düşüğün nedeninin araştırılmasına yönelik giderler poliçe kapsamında değildir.

## **TEMİNAT DIŞI KALAN HALLER**

Sağlık Sigortası Genel Şartları Madde 2'de belirtilen Teminat Dışı hallere ek olarak aşağıda belirtilen durumlar iş bu Poliçe' nin tüm Teminatları için kapsam dışı tutulmuştur.

1. Sigortalının poliçe başlangıç tarihinden önce var olan şikâyet ve/veya hastalıkları ile ilgili her türlü sağlık harcamaları, sigortalılık dönemi öncesinde uygulanan ameliyat ve tedavilerin nüksetmesi ve /veya bunlara bağlı komplikasyonlar,
2. SGK tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olmadığı dönemde oluşan sağlık giderleri, 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,
3. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmesine kurallar dahilinde izin verilen, sağlık kurumu tarafından temin edilerek yatarak tedavide kullanılan malzemeler ve ilaçların karşılanma usulleri dışında kalan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri,
4. Acil durumlar da dâhil olmak üzere Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının geçerli olduğu Anlaşmalı Kurum ve /veya Kurumlar dışında yapılacak tedavilere ilişkin sağlık giderleri
5. Poliçe üzerinde yazılı kullanım adedini ve / veya teminat limitini aşan ayakta tedavi giderleri
6. Ayakta tedavi teminatındaki her türlü ilaç, tetkikler için kullanılan malzeme ve kontrast maddeler, malzeme masrafları ve aşı giderleri; yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korsel; ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi; her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir enjektör, itriyat, hidrofil pamuk, alkol ve kolonyalar; termofor, cilt sabunları, diş macunları; işitme cihazı, şeker stripleri ve şeker ölçüm cihazı, tatlandırıcılar, diyet amaçlı ürün ve ilaçlar vb.
7. Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve / veya Kurumlar dışında yapılan muayene sonrası oluşabilecek tetkik ve / veya tedaviler (Poliçe üzerinde yazılı Anlaşmalı Kurum ve / veya Kurumlarda yapılsa dahi)
8. Her türlü diş tedavisi, diş eti, çene kemiği, çene eklemi ve ağız çene cerrahisine yönelik işlemler/ veya diş hekimleri tarafından yapılan tüm işlemler

9. Gözdeki kırılma kusuru (miyopi vb.) cerrahisi ile şaşılık ve görme tembelliği, gözlük camı, çerçevesi, her türlü kontakt lens giderleri, lens solüsyonları ve bunlarla ilgili giderler ,
10. Yurt dışında yapılacak tüm tedavi ve ilaçlar, yurtdışından getirilecek olan tüm ilaçlar
11. Anlaşmasız şehir içi ve dışı her türlü ambulans ücretleri, yol, gündelik, 2.refakatçi ücretleri, suit oda farkları ve özel harcamalar
12. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından onaylansa dahi tüp bebek, yardımcı üreme yöntemi tedavileri
13. Uzman Hekim Raporu ve Sağlık Kurulu Raporları için oluşacak sağlık giderleri
14. Ek teminat olarak alınmadı ise gebelikle ilgili yapılacak tüm masraflar ve doğum giderleri
15. Ülkemizde ve/veya diğer ülkelerde ortaya çıkan, resmen ilan edilsin veya edilmesin, bölgesel (endemik), ülke genelinde (epidemi) veya ülkelerarası (pandemi) ortaya çıkan salgın hastalıkların tanı, ayırıcı tanı/tedavi/kontrol/komplikasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama ve buna bağlı komplikasyon dahil); karantina kapsamına giren hastalıklar ve durumlar; biyolojik savaşa konu olan hastalıklar; DSÖ tarafından alarm verilen hastalıklarla ilgili her türlü teşhis tedavi, kontrol ve komplikasyon giderleri (Pandemi Hastanesi nde Covid-19 tanısı almış (test pozitif) kişilerde, covid 19 ile ilgili muayene ve tetkik giderleri (PCR, antikor testleri, ve kart testi hariç) ile hastanede yatışı gerektiren giderler poliçe teminat limitleri ve iştirak oranları dâhilinde değerlendirilecektir)
16. Tehlikeli sporların (her türlü amatör havacılık, delta kanat, planör, paraşüt, parasailing, yamaç paraşütü, bungee jumping, dağcılık, binicilik, su altı sporları, tüplü dalış, go-card, dövüş sporları, rafting, kayak,kayak,snowboarda, buz pateni, vücut geliştirme vb.) yapılması sırasında oluşabilecek tüm sağlık giderleri. Elektrikli scooter vb.araç kazaları, Motosiklet kullanımı/kazaları sonucu oluşabilecek giderler (Yolcu olma durumu dahil). Lisanslı veya lisanssız yapılmasına bakılmaksızın tüm otomobil ve motorsiklet v.b gibi pist yarışları dahil olmak üzere her türlü lisanslı spor müsabakası ve/veya antrenmanı sırasında oluşan sporculara ait sağlık masrafları ile ehliyetsiz her türlü araç kullanımı sonucu oluşabilecek kazalara ilişkin sağlık giderleri
17. Her türlü Bariatrik Cerrahi yöntemleri (Gastrik bypass, mide balonu, mide tüpü, mide kelepçesi, mide küçültme ameliyatları, biliopankreatik diversiyon, Jejunoileostomi, barsak kısaltılması vb.), obezite, metabolik sendrom ile ilgili tüm tetkik, tedavi ve komplikasyon gideri,
18. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişim, plastik cerrahi (poliçe döneminde oluşan kazaya bağlı durumlar hariç); burun küçültme, rinoplasti, yağ aldırma, meme küçültme, telengiektazi, cilt hemangiomları, vitiligo, keloid, skar, ksantelasma, skin tags, yüzeysel varis tedavileri vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar, yürüme analizi ile saç dökülmesine ilişkin tüm giderler,
19. Uyku bozuklukları (uyku apnesi dahil) ve horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler ile uyku apnesi cihazları (CPAP ve uyku odası, kalibrasyon giderleri ile polisonografi, uyku eeg si,vb dahil),
20. Yaşlılıktan ileri gelen hastalıklar, geriatric hastalıklar, demans hastalıkları, bunama ile ilgili rahatsızlıklar, Alzheimer, uzun süreli bakım sağlayan sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezlerindeki hizmet ve tedavi giderleri,
21. Omurga şekil bozuklukları tedavisi, skolyoz, kifoz, lordoz ile ilgili giderler, ameliyat nedenine bakılmaksızın nazal septum ve buruna ait her tür yapısal bozukluğa yönelik cerrahi girişimler (septum deviasyonu, konka hastalıkları, konka hipertrofisi Konka Bulloza, SMR, septoplasti, nazal valv cerrahisi ) ile ameliyat ve girişimler,
22. Tanısı ileri yaşta konulsa dahi doğuştan gelen tüm hastalık ve sakatlıklar,doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar ( Çölyak hastalığı dahil), tanı, tedavi ve komplikasyon giderleri,

23. 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,
24. 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,
25. Kişinin akli dengesinin yerinde olduğu veya olmadığı zamanlarda kendisine vereceği zararlar, alkollü araç kullanımı, alkol zehirlenmesi, alkolizm ve alkol kullanımı sonucu doğan hastalıklar, yaralanmalar; eroin, morfin vb. gibi uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddeler kullanılması neticesinde oluşabilecek her türlü sağlık giderleri, 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,
26. Tıbbi cihazlar, tıbbi cihazların kiralari ve kalibrasyonları ( uyku apnesi cihazı ve kalibrasyonu, holter cihazı, nebülizatör vb.), robotik cerrahi ve robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar,
27. 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,
28. İnfertilite ile ilgili tüm işlemler (tüp bebek, spermiogram, follikül takibi, histerosalpingografi-HSG, yapay döllenme, tuboplasti, mikroenjeksiyon vb), tıbbi endikasyonu olmayan her türlü küretaj, düşük araştırması ile ilgili tüm giderler, adhezyolizis, sık tekrarlanmayan doğum kontrol yöntemleri (RİA, vasketomi,tüp ligasyonu) ile ilgili tüm giderler, diğer doğum kontrol yöntemleri (hangi nedenle verilirse verilsin tüm doğum kontrol hapları, kondom, derialtı ve enjektabl hormon uygulamaları vb)ile ilgili giderler, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri, peyronie ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) cinsiyet değiştirme operasyonları ve her türlü sünnet (fimosiz dahil) ile ilgili tüm giderler,
29. Koruyucu hekimlik hizmetleri, belirli bir semptom ve/veya hastalığa bağlı olmadan veya tarama amaçlı yapılan tüm işlem giderleri (check-up, aşılama kontrol testleri, kanser markerları) Araştırma ve Deneysel Amaçlı Tanı ve Tedaviler Amerikan FDA (Food and Drug Administration) FDA kurumu tarafından onaylanmamış, deneysel aşamada olduğu kabul edilen, bilimselliği henüz kanıtlanmamış tüm tanı ve tedavi giderleri, Yatış Gerektirmeyen Hastane Hizmetleri, Ayakta tedavi katılım payı faturaları, süreli işyeri ve çalışan taramaları, doktorların talep etmiş oldukları kendi uzmanlık alanıyla ilintili olmayan tetkik ve tedavi bedelleri, bir tıp doktoru tarafından yapılmayan tetkik ve tedaviler ile ilgili tüm giderler, kontrol amaçlı yapılan EBT (Electron Beam Tomografi), VCT (Volumetric Computed Tomography) ve kalsiyum skorlama tetkik bedelleri, sanal kolonoskopi, sanal anjio ve buna benzer tarama amaçlı tetkikler, voiding sistoüretrografi, robotik cerrahi cihaz kullanım bedeli
30. Ses ve konuşma terapilerine ait tüm giderler,
31. Meslek hastalıkları, iş kazaları, üçüncü şahıs ödeme sorumluluğunda olan sağlık giderleri, ehliyetsiz araç kullanımı sırasında oluşan kazalar,
32. HIV virüsüne bağlı hastalıklarla (AIDS) ilgili tanı, tetkik, tedavi ve komplikasyon giderleri ile cinsel yolla bulaşan tüm hastalıklara ilişkin giderler (frengi, bel soğukluğu, kasık granülomu, genital herpes ve genital siğiller,genital ve anal molluscum contagiosum vb.),
33. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için günlük iş görememe parası, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde bakım nedeniyle doğan giderler veya gündelik bakım poliçe teminat kapsamı dışındadır.
34. Alerji deri testleri (Deri prick testi, deri yama testi vb.) , Vitamin D testi teminat kapsamı dışındadır.

## E. PRİMLER

1. Hastalık Ek Primi Sigorta sözleşmesinden önce var olan veya sigorta süresi içerisinde ortaya çıkan sağlık risklerinin değerlendirilmesi sonucunda, sigortalının rahatsızlık/hastalıklarına teminat verebilmek amacı ile (sigortaya yeni başvuru, süresi sona eren poliçenin yenilenmesi veya iptal edilmiş bir sigorta sözleşmesi/poliçenin yeniden düzenlenmesi, teminat değişiklik talepleri dahil) yapılan Tıbbi risk değerlendirilmesinin sonucunda talep edilen hastalık ek prim tutarını ( sür primi) ifade eder. Her bir hastalık için ayrı olarak belirlenir. Belirlenen Hastalık Ek Primi, sadece ilgili sigortalı için standart prim tarifesindeki aynı yaş ve cinsiyet için tanımlanmış olan prime eklenir.
2. Sigorta Şirketi, sona eren poliçenin Ödenen Tazminat /Alınan Net Prim Oranına bakarak, poliçenin yenilenmesi halinde yeni döneme ait poliçenin primine hasarsızlık indirimi veya ek prim uygulayabilecektir.
3. Tazminat / Prim oranına göre uygulanacak indirim ve ek primler; Kesintisiz devam eden Bireysel Yenileme poliçelerinde indirim/ ek prim hakkı, sigortalının yürürlükteki poliçe döneminde "Tazminat"/"Sağlık Net Primi" (T/P) Oranı dikkate alınarak bulunur.

Sigortalı için Ödenen tazminat / Net prim oranı	Toplam sigortalı Primine uygulanacak Olan indirim oranı
0%	%20 indirim
%1-%50	%15 indirim
%50-%100	0%

Sigortalı için Ödenen tazminat / Net prim oranı	Toplam sigortalı Primine uygulanacak olan ek prim oranı
%101-%150	%25 ek prim
%151-%200	%50 ek prim
%201-%300	%100ek prim
%301 ve üstü	%200 ek prim

## F. RİZİKONUN GERÇEKLEŞMESİ

1. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda 0850 711 09 10 numaralı telefondan başvuruda bulunmanız gerekmektedir.
2. Sigorta Şirketinin yetki ve onay vermediği durumlarda, sigortalı tarafından ya da onun adına düzenlenmiş her türlü yardım faaliyeti ve masrafları sigorta kapsamı içinde değildir. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda en kısa zamanda sigortacıya bilgi veriniz. Bildirim esnasında sigortacının yönlendirmesi çerçevesinde hareket ediniz.
3. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi, poliçenin hazırlanmasını müteakip sigortacınızdan isteyebilir ya da şirketimiz web sitesinden her an temin edebilirsiniz
4. Herhangi bir tazminat talebi/ Rizikonun gerçekleşmesi durumunda, poliçe koşulları çerçevesinde tazminat ödeme borcu sigortacıya aittir. Sigortacı tazminatı ödeme sorumluluğunu poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak yerine getirecektir.

## G. TAZMİNAT ÖDEMESİ

1. Tazminat talepleri, işbu Özel Şartlar ile Sağlık Sigortası Genel Şartları çerçevesinde, teminat tablosu doğrultusunda, sunulmuş olan bilgi ve belgeler dikkate alınarak değerlendirilir.





0850 711 09 10  
aveonglobalsigorta.com

2. Sigortalının tedavisi için anlaşmalı kuruma başvurması durumunda, anlaşmalı kurum Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve ardından Şirketimizden provizyon alır ve sigortalı, teminat limitleri dahilinde ödenmesi gereken katılım payını ödeyerek ve ibraname ile onam formunu imzalayarak anlaşmalı kurumdan ayrılır. Anlaşmasız kuruma gitmesi durumunda ise sigortalının tedavi giderleri poliçe kapsamı dışındadır. Tazminat ödemesine ilişkin bilgiler Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne aktarılacaktır.

#### H. ŞİKÂYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1. Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikâyetler için; Formda belirtilen yazılı adres ve telefonlarından başvuruda bulunulabilir ya da her an şirketimiz web sitesi üzerinden ilgili formları doldurarak başvuruda bulunabilirsiniz. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 iş günü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.
2. Aveon Global Sigorta "Sigortacılık Tahkim Müessesesi"ne üye değildir.

**SİGORTA ETTİREN /SİGORTALI**  
**POLICYOWNER/INSURED**

**SATIŞ KANALI**  
**SALES CANAL**

**SİGORTA ŞİRKETİ**  
**INSURANCE COMPANY**

**AVEON GLOBAL SİGORTA A.Ş.**