

Védőháló csoportos egészségbiztosítás



Biztosítási termékismertető

A társaság: NN Biztosító Zrt. Magyarországon bejegyzett biztosítótársaság

Tevékenységi engedély száma: 04/1991, H-EN-II-85/2016

A termék: Védőháló csoportos egészségbiztosítás

A tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, olvassa el figyelmesen az NN Biztosító Zrt. Védőháló csoportos egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételeit (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek).

Milyen típusú biztosításról van szó?

A Prémium Önkéntes Egészség-és Önszegélyező Pénztár és ezzel egyidejűleg a Védőháló Szolidáris Alap tagjai és az Alaphoz csatlakoztatott, 1. életévüket betöltött közeli hozzátartozóik számára közösségi szolgáltatás keretében elérhető a Védőháló csoportos egészségbiztosítás. A Pénztártagok automatikusan jogosulttá válnak a csoportos biztosítás szolgáltatásaira, a közeli hozzátartozókat a Pénztártag csatlakoztathatja az Alaphoz, illetve a csoportos biztosításhoz. Egy személy legfeljebb egy jogcímen lehet a csoportos biztosítás Biztosítottja: Pénztártagként vagy Pénztártag közeli hozzátartozójaként.

Biztosítási fedezetek	Éves szolgáltatási limitek	
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok	65 éves korig	300 000 Ft/biztosított/biztosítási év
	66-70 éves korig	150 000 Ft/biztosított/biztosítási év
	71 éves kortól	75 000 Ft/biztosított/biztosítási év
Egynapos sebészeti ellátási ellátásokra vonatkozó biztosítás	65 éves korig	450 000 Ft/biztosított/biztosítási év
	66-70 éves korig	225 000 Ft/biztosított/biztosítási év
	71 éves kortól	115 000 Ft/biztosított/biztosítási év
Műtéti garancia szolgáltatás	minden életkorban	300 000 Ft/biztosított/biztosítási év
Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás	minden életkorban	30 000 Ft/biztosított/biztosítási év
Kritikus betegségek biztosítás	65 éves korig	1 000 000 Ft/biztosított/3 naptári év
	66-70 éves korig	500 000 Ft/biztosított/3 naptári év
	71 éves kortól	250 000 Ft/biztosított/3 naptári év
Molekuláris diagnosztika szolgáltatás	minden életkorban	1 750 000 Ft/biztosított/biztosítási esemény



Mire terjed ki a biztosítás?

✓ Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok

Biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselési tartamon belül a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete, betegsége miatt szükségessé váló, orvos szakmailag indokolt nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok (MRI, CT, Cardio-CT, PET-CT, endoszkópos vizsgálatok) és az ezekkel kapcsolatos, egyéb a Biztosítási Feltételekben meghatározott felmerülő vizsgálatok (pl.: előzetes laborvizsgálat, EKG, mellkasröntgen, altatás, bódítás, mintavétel), feltéve, hogy azt a Biztosított az Ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti.

A Biztosító Ellátásszervező partnere segítségével megszervezi az ellátást, annak költségeit átvállalja, vagy megtéríti a Biztosítottnak az Éves szolgáltatási limit erejéig.

✓ Egnapos sebészeti ellátásokra vonatkozó biztosítás

Biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselési tartamon belül a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete, betegsége miatt szükségessé váló, orvos szakmailag indokolt egnapos sebészeti ellátása és az ezzel kapcsolatos, műtétet megelőző, illetve követő a Biztosítási Feltételekben meghatározott (ún. pre- és postoperatív) vizsgálatok, feltéve, hogy azt a Biztosított az Ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti.

A Biztosító Ellátásszervező partnere segítségével megszervezi az ellátást, annak költségeit átvállalja, vagy megtéríti a Biztosítottnak az Éves szolgáltatási limit erejéig.

✓ Műtéti garancia szolgáltatás

Biztosítási esemény a Biztosított, Biztosító által megszervezett és költségvállalásra befogadott egnapos sebészeti ellátása során bekövetkező előre nem látható esemény miatt szükségessé váló állami egészségügyi intézménybe szállítása és további ellátása.

A Biztosító Ellátásszervező partnere segítségével a betegszállítás és a további egészségügyi ellátás számlával igazolt költségét utólagos térítés keretében megtéríti a Biztosítottnak.

✓ Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás

Biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselési tartamon belül a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett baleset, betegsége miatt szükségessé váló, orvosilag indokolt, de nagyértékű diagnosztikai vizsgálatnak nem számító diagnosztikai vizsgálata (laborvizsgálatok, röntgen, ultrahang), feltéve, hogy azt a Biztosított az Ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti.

A Biztosító Ellátásszervező partnere segítségével megszervezi az ellátást, annak költségeit átvállalja, vagy megtéríti a Biztosítottnak az Éves szolgáltatási limit erejéig.

✓ Kritikus betegségek biztosítás

Biztosítási esemény a Biztosítottnak a kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező és a Biztosítási Feltételekben felsorolt 23 kritikus betegség valamelyikében történő megbetegedése esetén a diagnózistól, illetve a műtét elvégzésétől számított 3 naptári évben orvos szakmailag indokolt vizsgálatait, ellátásait, feltéve, hogy azt a Biztosított az Ellátásszervezőnél előzetesen bejelenti.

A Biztosító Ellátásszervező partnere segítségével megszervezi az ellátást, annak költségeit átvállalja, vagy megtéríti a Biztosítottnak az Éves szolgáltatási limit erejéig.

Kritikus betegségnek minősülő rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén a Biztosítottnak lehetősége van a Kritikus betegségek biztosítás keretében Molekuláris diagnosztikai vizsgálat igénylésére.

A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony 37. hónapjától a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra, az Diagnosztikai vizsgálatokra és az Egnapos sebészeti ellátásokra vonatkozó fedezetek biztosítási eseményeinek vonatkozásában nem követeli meg az előzménynélküliséget.



Mire nem terjed ki a biztosítás?

- ✗ A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, amennyiben a Biztosított kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi, valamint, ha a bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a szerződő fél, vagy a Biztosított, a Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozójuk okozta.
- ✗ A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki különösen az alábbiakra:
 - orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igényekre,
 - a Biztosító Ellátásszervező partnerével előzetesen nem egyeztetett ellátásra, (kivéve: Kritikus betegségek kockázat),
 - sürgősségi ellátásra,
 - a Szűrővizsgálat céljából igényelt Nagyértékű diagnosztikai és Diagnosztikai vizsgálatokra,
 - a biztosított jogviszony első 36 hónapjában az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározott Előzménybetegségekre,
 - a külföldön végzett vizsgálatokra és beavatkozásokra,
 - a kockázatviselés kezdetét követő 6 hónapon belül a terhességgel, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre, valamint a kockázatviselés kezdetét követő 6 hónapon belül a szülést követő egy éven belül bekövetkező, a szüléssel összefüggő biztosítási eseményekre.

További kizárások a Biztosítási Feltételekben találhatók.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! A szolgáltatás orvosi javaslattal vehető igénybe, mely igények előzetes bejelentését a Biztosító Ellátásszervező partnere felé kell megtenni.
- ! A Biztosító csak és kizárólag az Éves szolgáltatási limitek erejéig vállalja át és téríti meg a Biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségeit.
- ! A Diagnosztikai vizsgálatok keretében nagyértékű diagnosztikai vizsgálatnak nem minősülő vizsgálatok érhetőek el. Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatnak minősül: CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatok.
- ! Kritikus betegségek biztosítás esetében a Biztosító csak és kizárólag a Biztosítási Feltételekben felsorolt, meghatározott és az ott szereplő leírásoknak teljes mértékben megfelelő kritikus betegség típusok esetén szolgáltat.
- ! A Molekuláris diagnosztikai vizsgálat minden esetben Önrészhez kötött, melynek mértéke a Biztosítási Feltételekben szerepel és biztosítási eseményként egy alkalommal vehető igénybe.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítási eseményhez vezető baleset, vagy betegség a világ bármely országában bekövetkezhet, a biztosítási szolgáltatás azonban csak Magyarországon, és magyarországi egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egészségügyi egyéni vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet, egészségügyi szolgáltatónál vehető igénybe.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A Szerződőt tájékoztatási, közlési és változásbejelentési, valamint díjfizetési kötelezettség terheli.

A Biztosítottat a biztosítási díjrész egészségpénztári számlán való rendelkezésre állásának, kármegelőzési és kárenyhítési, valamint a biztosítási események előzetesen történő bejelentésének kötelezettsége terheli.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A csoportos biztosítás havi díjfizetésű, a biztosítási díját a Szerződő fizeti meg a Biztosítónak.

A Szerződő a biztosítási díj adott Biztosítottra vonatkozó díjrészét a Pénztártag egyéni számlájáról, és/vagy – az Alapszabály szerint szerződés alapján – a célzott szolgáltatások finanszírozására felhasználható összegből csoportosítja át.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A kockázatviselés eltérő időpontokban indulhat és végződik a Biztosított Pénztártagok és közeli hozzátartozók esetében.

Biztosított Pénztártagok		Biztosított közeli hozzátartozók
annak a hónapnak az első napján indul, amelytől a Pénztártag a Védőháló Szolidáris Alapban elérhető szolgáltatásokra jogosulttá válik, függetlenül attól, hogy a Pénztár a biztosítási díjrészt át tudta-e csoportosítani. A Biztosító kockázatviselése egyes szolgáltatások esetében a várakozási idő leteltét követően indul.	kockázatviselés kezdete	– amennyiben a Pénztártag tárgyhónap 14. napján 24.00-ig közeli hozzátartozó bevonását kezdeményezi a biztosítási fedezetbe, úgy az adott biztosított közeli hozzátartozó vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csatlakoztatást követező hónap első napjától kezdődik. A Biztosító kockázatviselése egyes szolgáltatások esetében a várakozási idő leteltét követően indul. – amennyiben a Pénztártag tárgyhónap 15. napján 00.00 órát követően közeli hozzátartozó bevonását kezdeményezi a biztosítási fedezetbe, úgy az adott biztosított közeli hozzátartozó vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csatlakoztatást követő második hónap első napjától kezdődik. A Biztosító kockázatviselése egyes szolgáltatások esetében a várakozási idő leteltét követően indul. A kockázatviselés kezdete független attól, hogy a Pénztár a biztosítási díjrészt át tudta-e csoportosítani.

A kockázatviselés a csoportos biztosítási szerződés megszűnéséig, vagy a Biztosított biztosítási jogviszonyának megszűnéséig/Biztosított közeli hozzátartozó esetén Pénztártag általi megszüntetéséig tart.



Hogyan szüntethetem meg a szerződésemet?

A Védőháló szolidáris alaphoz való csatlakozás megszűnik a Pénztártag nyilatkozatával, a nyilatkozat Pénztárhoz való beérkezését követő hónap utolsó napjának 24.00 órájával. A nyilatkozat benyújtható online a Pénztár Ügyfélportálján keresztül, a telefonos ügyfélszolgálaton, a Pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premiumpenztarak.hu e-mail címre küldött levél útján.

A biztosítotti jogviszony megszűnésének egyéb eseteit a Biztosítási Feltételek tartalmazzák.