

Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás



Biztosítási termékismertető

A társaság: NN Biztosító Zrt. Magyarországon bejegyzett biztosítótársaság

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

A termék: Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás

A tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a csoportos biztosítási szerződéshez való csatlakozás előtt olvassa el figyelmesen az NN Biztosító Zrt. Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételeit (a továbbiakban: Biztosítási Feltételek),

Milyen típusú biztosításról van szó?

A Prémium Önkéntes Egészség-és Önszegélyező Pénztár tagjai és a 18. életévüket betöltött közeli hozzátartozóik számára elérhető, opcionális Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás. A Pénztártagok Biztosítotti Nyilatkozat megtételével léphetnek be a biztosított körbe, illetve közeli hozzátartozóikat a Pénztártagok csatlakoztathatják Biztosítotti Nyilatkozat révén választásuk szerint a csoportos biztosítás Standard vagy Deluxe biztosítási csomagjához. A Biztosítási Feltételekben meghatározott Meglévő Biztosítotti Csoport tekintetében a biztosítási jogviszony automatikusan létrejött 2023. április 1. napján, feltéve, hogy a Szerződő által elektronikus úton megküldött írásbeli értesítés kézhezvételét követően a Szerződő által elvárt formában, határidőben és úton nem kéri a Pénztártag a Szerződőtől a jogviszony megszüntetését. Egy személy legfeljebb egy jogcímen lehet a csoportos biztosítás Biztosítottja: Pénztártagként vagy Pénztártag közeli hozzátartozójaként.

Prémium Egészség Standard	Biztosítási fedezetek	Prémium Egészség Deluxe
Éves szolgáltatási limit: 250 000 Ft - ezen belül bőrgyógyászati ellátásra vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100 000 Ft; - ambuláns műtétekre vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100 000 Ft	Járóbeteg-szakellátás (szakorvosi konzultáció, távkonzultáció, ambuláns műtét és házivizit)	Éves szolgáltatási limit: korlátlan - ezen belül bőrgyógyászati ellátásra vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100 000 Ft; - ambuláns műtétekre vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100 000 Ft
Éves szolgáltatási limit: 100 000 Ft	Diagnosztikai vizsgálatok (pl.: laborvizsgálatok, rtg, UH, szövetten, biopszia stb.)	Éves szolgáltatási limit: 100 000 Ft
korlátlan	Hazai második orvosi vélemény	korlátlan
korlátlan	Orvosi call center	korlátlan



Mire terjed ki a biztosítás?

✓ Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási esemény a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező balesete, betegsége miatt (ideértve az új panasszal, tünettel jelentkező balesetet és betegséget is, amely a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett, vagy diagnosztizálásra került) szükségessé váló, orvos szakmailag indokolt egészségügyi ellátása, amely személyes orvos-beteg találkozó vagy távkonzultáció keretében valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása. Biztosítási esemény továbbá a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt ambuláns műtete. A Járóbeteg-szakellátás keretében a Biztosítottnak lehetősége van Budapesten, illetve 10km-es vonzáskörzetében sürgős, de nem életveszélyes állapotban házi vizitet, valamint, a kockázatviselés kezdetét követő 6. hónaptól egészséges várandósság esetén 4 hagyományos ultrahang vizsgálatot igényelni.

A Biztosító Ellátásszervező partnere segítségével megszervezi az ellátást, annak a Biztosítási Feltételekben meghatározott Önrészen felüli költségeit átvállalja, vagy megtéríti a Biztosítottnak az Éves szolgáltatási limit/szublimit erejéig.

✓ **Diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó biztosítás**

Biztosítási esemény a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a biztosítási jogviszony első 36 hónapjában a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező balesete, betegsége miatt (ideértve az új panasszal, tünettel jelentkező balesetet és betegséget is, amely a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett, vagy diagnosztizálásra került) szükségessé váló, orvos szakmailag indokolt, de nagyértékű diagnosztikai vizsgálatnak nem számító diagnosztikai vizsgálata (laborvizsgálatok, röntgen, ultrahang).

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

✓ **Hazai második orvosi szakvélemény**

Biztosítási esemény a Biztosított kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult, a Biztosítási feltételekben meghatározott súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi szakvélemény iránti igénye.

A Hazai második orvosi szakvélemény szolgáltatás kapcsán a Biztosított súlyos betegségének számítanak: a rosszindulatú daganatos megbetegedések (rák), szívbetegségek (beleértve a szív-és érsebészeti problémákat is), szervátültetés, neurológiai és idegsebészeti betegségek (beleértve az agyérkatasztrófát), az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció, a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák, az életet fenyegető vagy nagy bonyolultságú beavatkozások.

A Biztosító Ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt második orvosi szakvéleményt és finanszírozza annak költségét. A szolgáltatást a Biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt korlátlanul veheti igénybe.

✓ **Orvosi call center**

A Biztosító Ellátásszervező partnere segítségével a hét minden napján, a nap 24 órájában elérhető telefonos egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. A telefonos egészségügyi információs központ az alábbi kérdések kapcsán ad tájékoztatást:

- a) egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeleterkről,
- d) tájékoztatás ügyeleti gyógyszerterákról,
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

A szolgáltatást a Biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt korlátlanul veheti igénybe.

A Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási jogviszony 37. hónapjától a Járóbeteg-szakellátásra és a Diagnosztikai vizsgálatokra 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,
 - sürgősségi ellátásra,
 - a Szűrővizsgálat céljából igénybe vett Járóbeteg-szakellátás és Diagnosztikai vizsgálat iránti igényre,
 - az Általános Biztosítási Feltételekben meghatározott Előzménybetegségekre, kivéve, ha a Különös Biztosítási Feltételek eltérően rendelkeznek,
 - 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 szolgáltatások orvosi javaslattal vehetők igénybe, mely igények előzetes bejelentését a Biztosító Ellátásszervező partnere felé kell megtenni.
- ! A Biztosító csak és kizárólag az Éves szolgáltatási limitek, illetve szublimitek erejéig vállalja át és téríti meg a Biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségeit.
- ! A Járóbeteg-szakellátás minden esetben Önrész megfizetéséhez kötött.
- ! A Járóbeteg-szakellátás keretében elérhető házi vizit lehetőség Budapesten, illetve 10 km-es vonzáskörzetében érhető el sürgős, de életet nem veszélyeztető esetekben.
- ! A Járóbeteg-szakellátás keretében elérhető ultrahang vizsgálat csak egészséges terhességgondozás esetén igényelhető és csak hagyományos ultrahang vizsgálatra vonatkozik, a 3D, 4D, 5D, valamint a genetikai ultrahang vizsgálatok szervezését és költségét a Biztosító nem vállalja.

- ! A Diagnosztikai vizsgálatok keretében nagytérű diagnosztikai vizsgálatnak nem minősülő vizsgálatok érhetőek el, azaz CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatokra a biztosítási fedezet nem terjed ki.
- ! A Hazai második orvosi szakvélemény kizárólag a Biztosítási Feltételekben meghatározott súlyos betegségek esetén vehető igénybe, a Biztosítási Feltételekben fel nem sorolt betegségek esetén a Biztosító Hazai második orvosi szakvéleményt nem szervez és finanszíroz.
- ! Az Orvosi call center kizárólag a Biztosítási Feltételekben meghatározott kérdésekben ad tájékoztatást.
- ! A telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a Biztosított vizsgálatát. Az Orvosi call center receptfelírást, kórházba, Járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.



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.
- ✓ A Járóbeteg-szakellátás keretében elérhető házi vizit lehetőség Budapesten, illetve 10 km-es vonzáskörzetében érhető el sürgős, de életet nem veszélyeztető esetekben.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A Szerződőt tájékoztatási, közlési és változásbejelentési, valamint díjfizetési kötelezettsége 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 az egyes biztosított csoportok esetében.

Meglévő Biztosított Csoport		Új Biztosított Csoport
2023.04.01., feltéve, hogy az automatikusan kiterjesztett biztosítási jogviszonyt fenn kívánja tartani	kockázatviselés kezdete	– amennyiben a Pénztártag tárgyhónap 14. napján 24.00-ig Biztosított Nyilatkozat megtételével csatlakozik vagy csatlakoztatja közeli hozzátartozóját a Csoportos biztosításhoz, úgy az adott Biztosított vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése a csatlakozást követő hónap első napjától kezdődik azzal, hogy egyes szolgáltatások esetében meghatározott várakozási idő leteltét követően indul – amennyiben a Pénztártag tárgyhónap 15. napján 0.00 órát követően Biztosított Nyilatkozat megtételével csatlakozik vagy csatlakoztatja közeli hozzátartozóját a Csoportos biztosításhoz, úgy a Biztosító kockázatviselése a csatlakozást/csatlakoztatást követő második hónap első napjától kezdődik azzal, hogy egyes szolgáltatások esetében meghatározott 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 a Pénztártag általi megszüntetéséig tart.



Hogyan szüntethetem meg a szerződésemet?

A Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási szerződéshez 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@premiumpenzterek.hu e-mail címre küldött levél útján.

A biztosított jogviszony megszűnésének egyéb eseteit a Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételei tartalmazzák.