

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Prémium Next egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító Prémium Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek).

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyfélértékelő elemi **vastag betű**vel, míg a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **dőlt betű**vel szedettek.

1. A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

1.1. Járóbeteg-szakellátás

1.1.1. Biztosítási eseménynek minősül **a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása**, mely ellátás járóbeteg-szakellátás, házivizit vagy távkonzultáció keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása. A kizárólag receptfelírás céljából igénybevenni kívánt Járóbeteg-szakellátást a biztosító nem szervezi meg és nem finanszírozza.

1.1.2. Biztosítási eseménynek minősül **a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panasz, tünet miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása is**, mely ellátás járóbeteg-szakellátás, házivizit vagy távkonzultáció keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

1.1.3. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.**

1.1.4. **Nem biztosítási esemény azoknak az egészségi panaszoknak, tüneteknek a járóbeteg-szakellátása, amelyek kivizsgálása a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor már folyamatban volt.**

1.1.5. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás.**

1.1.6. **A kockázatviselés kezdetét követő 6. hónap eltelte után a biztosító a Járóbeteg-szakellátás keretén belül 4 darab nőgyógyászati vizsgálatot (hagyományos UH-val –azaz nem 3D,4D,5D, genetikai UH) fedez egészséges terhesgondozás indikációval, legfeljebb az éves limit erejéig.**

1.1.7. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.

1.1.8. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.1.9. **Házivizit szolgáltatást kizárólag sürgős (de nem életveszélyes) esetben, Budapesten és 20 km-es körzetében nyújt a biztosító.**

1.1.10. **A Járóbeteg-szakellátás igénybevétele minden esetben önrész megfizetéséhez kötött. Az önrész összege Járóbeteg-szakellátások esetén 5 000 Ft/ vizsgálat, házivizit igénybevétele esetén a házivizit költségének 30%-a, de minimum 10 000 Ft.** Az önrész összegét házivizit esetén a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti, egyéb Járóbeteg-szakellátás igénybevételekor pedig az Általános Biztosítási Feltételek 15.1.5. pontja szerint. A szolgáltatás igénybevételevel kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

1.1.11. Orvosi javaslat nélkül igényelhető Járóbeteg-szakellátások: általános belgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, fül-orr-gégészet, szemészet, traumatológia, bőrgyógyászat, általános sebészet.

A többi szakellátás igénybeviteléhez orvosi javaslat szükséges; javaslatot az ellátásszervező orvosa is adhat a biztosított panaszai, korábbi orvosi dokumentumai alapján.

1.2. Diagnosztikai vizsgálatok

1.2.1. Biztosítási eseménynek minősül **a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb vizsgálata, kivéve: CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatok.**

1.2.2. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.**

1.2.3. **Nem biztosítási esemény azoknak az egészségi panaszoknak, tüneteknek a Diagnosztikai vizsgálata, amelyek kivizsgálása a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetekor már folyamatban volt.**

1.2.4. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.**

1.2.5. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.

1.2.6. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.3. Második orvosi vélemény

1.3.1. Biztosítási esemény a **biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.**

1.3.2. A második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:

- a) **rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);**
- b) **szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;**
- c) **szervátültetések;**
- d) **neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;**
- e) **az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;**
- f) **a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;**
- g) **életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.**

1.3.3. **Az 1.3.2. pontban leírt listában nem szereplő betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.**

1.3.4. A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem, kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.

1.3.5. A biztosító szolgáltatása, **hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**

1.4. Orvosi call center szolgáltatás

1.4.1. A biztosító a jelen Különös Feltételek alapján a **biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által minden nap, a nap 24 órájában elérhető egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.**

1.4.2. A szolgáltatás célja, hogy a biztosított egészségmegőréssel kapcsolatos kérdéseire a témában jártas szakembertől, orvosi kérdés esetében orvostól kapjon választ. Az egészségügyi információs központ az alábbi kérdések kapcsán ad tájékoztatást:

- a) egészségmegőréssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról,
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

1.4.3. **A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.**

1.4.4. **Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát.**

1.4.5. **A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.**

1.4.6. **Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbetegszakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.**

1.4.7. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

1.5. **A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az igényelt ellátást a biztosító ellátásszervező partnere a jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse, és rendelkezzen a biztosított az ellátásra vonatkozó írásbeli orvosi javaslattal, kivéve ez alól a járóbeteg szakellátást.**

1.6. **Az egészségügyi ellátást az Általános Biztosítási Feltételek 1.19. pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja,** melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.

2. Várakozási idő

A biztosító a kockázatviselés kezdetére 15 nap várakozási időt köt ki.

3. A szolgáltatás igénybevételének folyamata

3.1. Járóbeteg szakellátás, diagnosztikai vizsgálatok esetében az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja az irányadó.

3.2. Második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele

3.2.1. Biztosított jelzi az ellátásszervező felé a szolgáltatásra vonatkozó igényét.

3.2.2. Az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat a szolgáltatásról, és megküldi számára a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérelem kérdőívet és jogi nyilatkozatot.

3.2.3. A biztosított a kérelem kérdőív kitöltésével, valamint a jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybe vételét.

3.2.4. Az ellátásszervező kijelöl egy esetfelelőst, aki kapcsolatot tart a biztosítottal és szükség esetén egyeztet a biztosított kezelőorvosával is.

3.2.5. Az ellátásszervező a biztosítottal előre egyeztetett módon (email-ben vagy nyomtatott formában postai küldeményként) megküldi a biztosított részére a távszakvéleményt.

3.2.6. Az ellátásszervező a távszakvélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló távkonzultációs lehetőséget biztosít a biztosított számára.

3.2.7. A második orvosi véleményt az ellátásszervező 15 munkanapon belül juttatja el a biztosított számára attól a naptól számítva, hogy a vélemény elkészítéséhez szükséges valamennyi dokumentum beérkezett az ellátásszervezőhöz.

4. A kockázatviselésből kizárt kockázatok

Az Általános Biztosítási Feltételek 14. pontjában foglaltakon túlmenően nem minősül biztosítási eseménynek az olyan ellátás, amely az adott bizto-

sítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult, kivéve a baleseti eredetű ellátási igényt.

5. Az ellátásszervező felelőssége

- 5.1. Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogalapjának elbírálásában.
- 5.2. Az ellátásszervező mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.
- 5.3. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételt, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás igénybevételehez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak.
- 5.4. Nem terjed ki az ellátásszervező és a biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett orvos szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

Szolgáltatási csomagok és éves limitek

Kockázatok	PrémiumDoki	Standard	Deluxe
Járóbeteg-szakellátás*	150 000 Ft***	250 000 Ft***	korlátlan***
Diagnosztikai vizsgálatok **	75 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft
Második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan	korlátlan
7/24 orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan

* Ambuláns műtétek és házivizit is.

Ambuláns műtét szublímít: 100 000 Ft/év

** Diagnosztikai vizsgálatok tartalma: minden, ami nem nagyértékű diagnosztika (pl. laborvizsgálatok, ultrahang, röntgen, scintigráfia, biopszia, szövettan)

*** Bőrgyógyászati szublímít: 100 000 Ft/év

Bőrgyógyászati ellátásnak minősül minden, bőrgyógyászati indikációjú ambuláns beavatkozás, azokat is beleértve, melyeket sebészeti szakellátás keretében végeznek el.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.