

# Prémium Egészség egészségbiztosítás Különös Biztosítási Feltételek

Jelen Különös Biztosítási Feltételek a Prémium Egészség egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételekkel együtt (a továbbiakban: NN Biztosítási Feltételek) az NN Biztosító Zrt. (a továbbiakban: Biztosító) és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önszegélyező Pénztár (a továbbiakban: Egészségpénztár, illetve Szerződő), együttesen Felek között megkötött és 2023. április 1. napjától hatályos csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján létrejött Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás (a továbbiakban Csoportos biztosítás) 2023. április 1. napján vagy azt követően a csoportos biztosításhoz Biztosítottként csatlakozó, a Csoportos biztosítás szolgáltatásának igénybevételére jogosult tagjaira, valamint a Pénztártagok által csatlakoztatott, 18. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i)ra vonatkozóan hatályosak, illetve azokra a Pénztártagokra, és a Pénztártagok által csatlakoztatott, 18. életévét betöltött, szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó(i)ra, akik 2023. március 31. napján az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a PRÉMIUM Önkéntes Egészség és Önszegélyező Pénztár között hatályban volt Prémium Egészség szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás keretében Biztosított nyilatkozatok és díjrendezett státuszuk révén ezen csoportos biztosítás szolgáltatására jogosultak voltak, feltéve, hogy a csoportos biztosítási szerződést jelen NN Biztosítási Feltételekre való hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Biztosító Prémium Egészség egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek), az Egészségpénztár Alapszabálya és a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezési, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (továbbiakban: Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei vastag betűvel, míg a Ptk.-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek dőlt betűvel szedettek.

## **1. Biztosítási események és a Biztosító szolgáltatása**

### **1.1. Járóbeteg-szakellátás**

#### **1.1.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak**

- 1.1.1.1. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás személyes Járóbeteg-szakellátás vagy távkonzultáció keretén belül valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása;
- 1.1.1.2. a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panasz, tünet miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt egészségügyi ellátása is, mely ellátás személyes Járóbeteg-szakellátás vagy távkonzultáció keretén belül valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása;
- 1.1.1.3. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége, valamint a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panasz, tünet miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt egészségügyi ellátása, mely házivizit keretén belül valósul meg, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása, amennyiben a Biztosított igénye sürgős, de nem életveszélyes és Budapesten, illetve annak 10 km-es körzetében szükséges;
- 1.1.1.4. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt ambuláns műtete, valamint
- 1.1.1.5. egészséges terhesgondozás keretében, a kockázatviselés kezdetét követő 6. hónap eltelte után Járóbeteg-szakellátás keretén belül a Biztosított 4 darab nőgyógyászati vizsgálata (hagyományos UH-gal –azaz nem 3D,4D,5D, genetikai UH).
- 1.1.2. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportalján keresztül online.
- 1.1.3. A Biztosító szolgáltatása, hogy Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a Biztosítottra vonatkozó, jelen

- Különös Biztosítási Feltételek 4. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit és Éves szolgáltatási szublimit erejéig. A Járóbeteg-szakellátás igénybevétele minden esetben Önrész megfizetéséhez kötött. Az Önrész megfizetésére vonatkozó szabályokat az Általános Biztosítási Feltételek 17.1.8. pontja tartalmazza.
- 1.1.4. Az Önrész mértéke házivizit keretében megvalósuló Járóbeteg-szakellátás esetén a házivizit költségének 30%-a, de minimum bruttó 10 000 Ft, minden egyéb Járóbeteg-szakellátási igény esetén egységesen bruttó 5 000 Ft.
- 1.1.5. A biztosítási esemény időpontja az igénybe vett Járóbeteg szakellátás napja.
- 1.2. **Diagnosztikai vizsgálatok**
- 1.2.1. **Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak**
- 1.2.1.1. a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb Diagnosztikai vizsgálata, kivéve: CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatok;
- 1.2.1.2. illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ideértve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panasz, tünet miatt panaszok miatt szükséges és orvos szakmailag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb Diagnosztikai vizsgálata, kivéve: CT, MRI, PET-CT, Cardio CT és endoszkópos vizsgálatok.
- 1.2.2. A Biztosított vizsgálati igényét az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online.
- 1.2.3. **A Biztosító szolgáltatása, hogy Ellátásszervező partnere révén az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a Biztosítottra vonatkozó, jelen Különös Biztosítási Feltételek 4. pontjában meghatározott Éves szolgáltatási limit és Éves szolgáltatási szublimit erejéig.**
- 1.2.4. A biztosítási esemény időpontja az igénybe vett Diagnosztikai vizsgálat napja.
- 1.3. **Hazai második orvosi vélemény**
- 1.3.1. **Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő hazai második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.**
- 1.3.2. A Hazai második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:
- rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
  - szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
  - szervátültetések;
  - neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
  - az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
  - a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
  - életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.
- 1.3.3. A Biztosított Hazai második orvosi szakvéleményre vonatkozó igényét az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja szerint jelentheti be az Ellátásszervezőnek telefonon vagy az Ellátásszervező ügyfélportálján keresztül online.
- 1.3.4. **A Biztosító szolgáltatása, hogy Ellátásszervező partnere révén a jelen Különös Biztosítási Feltételek 2.2. pontja szerint megszervezi az igényelt második orvosi szakvéleményt és finanszírozza annak költségét.**
- 1.3.5. **A szolgáltatás a második orvosi vélemény elkészítésének költségén túl nem tartalmazza az esetlegesen később szükségessé váló vizsgálatok, illetve eljárások költségét.**
- 1.3.6. **A szolgáltatást a Biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.**
- 1.3.7. A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybeviteléhez szükséges kérelem, valamint a Biztosított kezelőorvosa(i) által készített leletek és a már felállított diagnózist alátámasztó egészségügyi dokumentumok Ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.
- 1.4. **Orvosi call center szolgáltatás**
- 1.4.1. **A Biztosító a jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján a Biztosított számára Ellátásszervező egészségügyi szolgáltató partnere által a hét minden napján, a nap 24 órájában elérhető telefonos egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.**
- 1.4.2. A szolgáltatás célja, hogy a Biztosított egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdéseire a témában jártas szakembertől,

orvosi kérdés esetében orvostól kapjon választ. 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 ügyeletekről,
  - d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról,
  - 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 az Ellátásszervező, sem az Egészségügyi Szolgáltató nem vállal felelősséget.
- 1.4.6. **Az Egészségügyi Szolgáltató receptfelírást, kórházba, Járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.**

## **2. A szolgáltatás igénybevételének folyamata**

- 2.1. Járóbeteg szakellátás és Diagnosztikai vizsgálatok esetében az Általános Biztosítási Feltételek 17. pontja és a jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglaltak az irányadók.
- 2.2. **Hazai második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele**
- 2.2.1. Az Ellátásszervező az igény bejelentését követően továbbítja a Biztosított Hazai második orvosi véleményre vonatkozó kérelmét és az ahhoz csatolt, diagnózist alátámasztó Egészségügyi dokumentációt, valamint a Szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket.
- 2.2.2. A Hazai második orvosi véleményt a Szolgáltató 15 munkanapon belül juttatja el a Biztosított számára, a Biztosítottal előre egyeztetett módon (e-mailben vagy nyomtatott formában postai küldeményként), attól a naptól számítva, hogy a vélemény elkészítéséhez szükséges valamennyi dokumentum beérkezett a Szolgáltatóhoz.

## **3. A szolgáltatás iránti igény elfogadásának feltételei**

- 3.1. **A Biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások szervezését és az egészségügyi szolgáltatás költségeinek térítését a Biztosító abban az esetben teljesíti, ha**
- a) a Biztosított által igénybe veendő egészségügyi szolgáltatás a Biztosított egészségének helyreállításához vagy megőrzéséhez, betegségből való meggyógyulásához, egészségkárosodás bekövetkezésének elkerüléséhez szükséges, orvosszakmai szempontból indokolt és megalapozott, és az igényelt ellátást a Biztosító és az Ellátásszervező a jelen NN Biztosítási Feltételek alapján is megalapozottnak minősítette;
  - b) az egészségügyi szolgáltatás megfelel a jelen Különös Biztosítási Feltételek 1.1-4. pontjaiban meghatározott biztosítási események valamelyikének;
  - c) a Biztosított rendelkezik a hatályos magyar jogszabályok és orvosi protokollok szerinti esetekben, az azokban meghatározott módon és indikáció alapján a javaslat megtételére jogosult fél által javasolt ellátásra vonatkozó írásbeli orvosi javaslattal (kivéve ez alól a Járóbeteg szakellátás 1.30. pontban meghatározott beutaló vagy orvosi javaslat nélkül igénybevehető szakterületeit), mely tartalmazza az orvos pecsétjét vagy pecsétszámát;
  - d) az egészségügyi szolgáltatást a Biztosított az Ellátásszervező előzetes tájékoztatásával, tudtával és/vagy szervezésében vegye igénybe;
  - e) a Biztosítottra vonatkozó tárgyhavi díjrész megfizetésre került (kivéve ez alól az Orvosi call center szolgáltatás, mely díjmaradás esetén is igénybevehető);
  - f) az igényelt ellátás/vizsgálat költséget az Egészségügyi szolgáltató által a Biztosított nevére kiállított számla igazolja;
  - g) az Éves szolgáltatási limit, illetve az Éves szolgáltatási szublimit erre részben vagy egészben fedezetet nyújt.

#### 4. Biztosítási csomagok és Éves szolgáltatási limitek, Éves szolgáltatási szublimitek

Biztosítási esemény	Standard biztosítási csomag	Deluxe biztosítási csomag
Járóbeteg szakellátás (szakorvosi konzultáció, táv Konzultáció, ambuláns műtét és házivizit)	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	Éves szolgáltatási limit: korlátlan ezen belül bőrgyógyászati ellátásra vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100.000 Ft; ambuláns műtétekre vonatkozó Éves szolgáltatási szublimit: 100 000 Ft
Diagnosztikai vizsgálatok (pl.: laborvizsgálatok, rtg, UH, szövettan, biopszia stb.)	Éves szolgáltatási limit: 100 000 Ft	Éves szolgáltatási limit: 100 000 Ft
Hazai második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan
7/24 orvosi call center	korlátlan	korlátlan