

Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető



A társaság:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Magyarországon bejegyzett, a Magyar Nemzeti Bank
által felügyelt biztosító részvénytársaság

A termék:

PrivateMed Next egészségbiztosítás

Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen a PrivateMed Next egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

Előfordulhat, hogy az Ön szerződése eltér az alábbiakban leírtaktól, ezért kérjük, az Önre vonatkozó fedezet terjedelméről tájékozódjon a biztosítása szerződőjénél.

Milyen típusú biztosításról van szó?

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról, amely az 1995. évi személyi jövedelemadóról szóló CXVII. törvény 3.§ 91. pontja szerint kockázati biztosításnak minősül.

Az Ön(ök) által fizetett díj ellenében a biztosított(ak) betegségei esetén a biztosító megszervezi az orvosi ellátásokat és állja azok költségeit a biztosítóval szerződésben álló ellátásszervező magán-egészségügyi szolgáltató partnereinél (magánrendelők, magánkórházak). Ez azt jelenti, hogy a biztosított (Egyösszegű térítés rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén kockázat, a Care és a Care Plusz kiegészítő biztosítás és a Műtéti, valamint a Kid Extra csomag Műtéti térítés elemének szolgáltatása kivételével) nem kap pénzbeli szolgáltatást a biztosítótól, a biztosított egészségügyi információs szolgáltatásra, a biztosító által megszervezett személyes egészségügyi tanácsadás és egészségügyi szolgáltatások igénybevételére jogosult.



Mire terjed ki a biztosítás?

A biztosítás finanszíroz:

- ✓ járóbeteg-szakorvosi ellátásokat,
- ✓ laborvizsgálatokat,
- ✓ más diagnosztikai vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang, stb.),
- ✓ ambuláns és egynapos műtéteket,
- ✓ nagyértékű képalkotó diagnosztikai eljárásokat (CT, PET-CT, MRI és cardio-CT, endoszkópos vizsgálat, sztereotaxiás biopszia),
- ✓ non-stop elérhető egészségügyi információs szolgáltatást,
- ✓ második orvosi szakvélemény kérését,
- ✓ és a szerződő választása szerinti egyéb kiegészítő szolgáltatásokat is (pl. műtéti térítés, szűrővizsgálatok szervezése és finanszírozása, egyösszegű térítés és járadékfizetés rosszindulatú daganatos betegségek esetén).

Alap szolgáltatási csomagok és éves limitek

Kockázatok	Basic	ECO	Start	Extra	Business	Kid
7/24 orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Ellátásszervezés ⁸	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Járóbeteg-szakellátás ¹	alap belgyógyászat 4 alkalom/év ²	100 000 Ft	316 250 Ft ³	500 000 Ft ³	korlátlan ³	250 000 Ft ³
Diagnosztikai vizsgálatok ⁴	50 000 Ft ⁵	100 000 Ft	126 500 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft
Nagyértékű diagnosztika ⁶	–	200 000 Ft	316 250 Ft	500 000 Ft	korlátlan	250 000 Ft
Egynapos sebészet ⁷	–	–	379 500 Ft	600 000 Ft	600 000 Ft	300 000 Ft
Egyösszegű térítés rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén	–	–	500 000 Ft	500 000 Ft	500 000 Ft	–
Rizikó felmérés	–	–	1 alkalom/év	1 alkalom/év	1 alkalom/év	–
Mentális egészség felmérés	–	–	1 alkalom/év	1 alkalom/év	1 alkalom/év	–
Védőoltási tanácsadás	–	–	–	–	–	1 alkalom/év
Második orvosi vélemény	–	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan

¹ Ambuláns műtétek, házivizit, távkonzultáció, terhesgondozás és nem konvencionális tevékenységek is. ECO csomag esetében szakorvosi vizit kizárólag az alábbi szakágak vonatkozásában vehető igénybe: belgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, fül-orr-gégész, általános sebészet.

² Basic csomag esetén kizárólag alap-belgyógyászati szakvizsgálat vehető igénybe.

³ Bőrgyógyászati szublimit: 100 000 Ft/év.

Szűrővizsgálat csak magánszemély szerződő által kötött biztosítás esetén: évente 1 alkalommal igényelhető a biztosítási csomag által lefedett orvosszakmák valamelyikében, a járóbeteg-szakellátás limit terhére, a Start, Extra és Business csomagok esetében. Terhesgondozás: magánszemély szerződő esetén 2 alkalom/év, jogi személy szerződő esetén 4 alkalom/év igényelhető a feltételben leírtak szerint.

Nem konvencionális tevékenységek: csak a Business csomagban érhető el a feltételben leírtak szerint évi 50 000 Ft-ig.

⁴ Diagnosztikai vizsgálatok tartalma: minden, ami nem nagyértékű diagnosztika (pl. laborvizsgálatok, ultrahang, röntgen, scintigráfia, hagyományos biopszia, szövettan).

⁵ Basic csomag esetében kizárólag: laborvizsgálatok, röntgen és ultrahang vizsgálat.

⁶ Nagyértékű diagnosztika: CT, cardio-CT, MRI, PET-CT, endoszkópos vizsgálatok (altatásban vagy anélkül), sztereotaxiás biopszia.

⁷ Egynapos sebészeti kockázat az ECO csomaghoz pótdíj ellenében köthető, 300 000 Ft-os szolgáltatási limittel.

⁸ Kizárólag a biztosító által finanszírozott ellátások esetén.



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Nem finanszírozza a biztosító :

- ✗ külföldön működő szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátás költségét,
- ✗ sürgősségi ellátás költségét,
- ✗ járványokkal kapcsolatos ellátásokat, kezeléseket,
- ✗ az olyan egészségügyi ellátások költségét, amelyek már a biztosítás megkötése előtt fennálló betegség miatt válnak szükségessé, kivéve ez alól a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat,
- ✗ foglalkozás-egészségügyi ellátások költségét,
- ✗ a reprodukciós képességgel kapcsolatban felmerülő egészségügyi ellátás költségét, ide értve a meddőség kivizsgálására vagy a meddőség gyógyítására irányuló beavatkozásokat,
- ✗ az orvosi nem indokolt terhességmegszakítás költségét,
- ✗ az esztétikai célú plasztikai műtétek költségét,
- ✗ a fogászati ellátásokat,
- ✗ a pszichiátriai, pszichológiai, onkológiai, reumatológiai gondozást, valamint a mozgásszervi rehabilitációt, kivéve, ha a biztosított rendelkezik Move kiegészítő biztosítással.

A fenti felsorolás nem teljes. A biztosító által nem térített események tételes és pontos felsorolását a biztosítási feltételek tartalmazzák.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! életkori: 6 hónaposnál fiatalabb és 69 éven felüli biztosítottakra nem köthető, és a 70. életév betöltését követő évfordulón megszűnik,
- ! biztosító által finanszírozott szűrővizsgálatok kiegészítő csomag megvásárlásával vehetők csak igénybe, amely kizárólag jogi személy szerződők számára érhető el.
- ! nem minden alapsomag kombinálható minden kiegészítővel
- ! nincs lehetőség fedezet-feltöltésre, ha év közben elfogy a keret
- ! a Care és Care Plusz kiegészítő nem választható abban az esetben, ha a biztosított már diagnosztizáltak valaha rosszindulatú daganatos megbetegedést.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás kizárólag a magyarországi szolgáltatóknál igénybevett ellátásokat fedezi, kizárólag abban az esetben, ha az ellátást Ön a biztosító ellátásszervező partnerének tudtával és jóváhagyásával vette igénybe.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A szerződőt, illetve a biztosítottat:

- a szerződés kezdetekor közlési kötelezettség,
- a szerződés tartama alatt díjfizetési, változás-bejelentési, kármegelőzési kötelezettség,
- kár esetén felvilágosítási és információ-adási kötelezettség terheli.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A szerződés éves díja fizethető havi, negyedéves és féléves részletekben is. A biztosítás első díját a szerződés megkötésekor kell megfizetni, a folytatólagos biztosítási díj a díjfizetési gyakoriság szerint, előre esedékes.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselése a szerződés aláírását követő hónap első napján kezdődik, amennyiben a díjat a szerződő a biztosító számlájára megfizette. Egy adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a biztosított biztosítóhoz történő bejelentését követő hónap első napján kezdődik.

A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben szűnik meg:

- a biztosított halálának napján,
- ha a szerződő kijelenti a biztosítottat a biztosítási szerződésből, a kijelentés hónapjának utolsó napjával,
- a szerződés megszűnésekor (ennek eseteit a feltétel részletezi).



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A szerződés megszűnhet:

- a szerződésben meghatározott tartam elteltével,
- ha az évforduló előtt 30 nappal bármelyik fél jelzi igényét, hogy nem kívánja a a szerződés automatikus meghosszabbítását,
- díjfizetés elmulasztása esetén, a biztosítási feltételekben leírtak szerint,
- a szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén.