



K 1331 Egészségügyi assistance szolgáltatásra szóló biztosítás különös feltételek

Jelen feltételek hatályba lépésének időpontja: 2012. szeptember 1.

Az AXA Biztosító Zrt. (székhelye: 1138 Budapest, Váci út 135-139.) – a továbbiakban Biztosító – Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételei és jelen kiegészítő biztosítás Különös Feltételei együtt az életbiztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képezik, abban az esetben, ha a szerződés ezen feltételekre hivatkozással érvényesen létrejön. Az itt nem szabályozott egyéb kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései és a Biztosító Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételei az irányadóak.

1. fejezet – Fogalmak és meghatározások

1.1. Szolgáltató

Az az intézmény, amely szakértőket és orvosokat alkalmaz, akik segítségével a Biztosító a Nemzetközi Orvosi Szakvélemény és a 24 órás orvosi segélyvonal szolgáltatásokat nyújtja az ügyfelek részére.

1.2. Nemzetközi Orvosi Szakvélemény (továbbiakban: NOSZ)

A szolgáltatás célja, hogy súlyos betegség esetén a Biztosított orvosi leletei és a beteget korábban ellátó orvos által készített első diagnózis alapján második orvosi szakvéleményhez jusson anélkül, hogy az otthonát el kelljen hagynia.

1.3. 24 órás orvosi segélyvonal

Telefonon történő orvosi tanácsadás, amelyet a Biztosított jelen feltételekben meghatározott telefonszám felhívásával vehet igénybe. Az orvosi call center éjjel-nappal az év 365 napján fogadja a Biztosítottak hívását és tájékoztatást ad a jelen feltételekben meghatározott egészségügyi vonatkozású kérdésekre.

1.4. Beléptetés

A Biztosító kockázatviselése az új Biztosított vonatkozásában, annak belépése napjától kezdődik, figyelembe véve a várakozási időt.

1.5. Kiléptetés

A Biztosító kockázatviselése a kilépő Biztosított vonatkozásában, annak kilépése napját követő nap 0. órájában szűnik meg.

1.6. Várakozási idő

Az az időszak, amely a szerződés hatályba lépésétől a kockázatviselés kezdetéig tart. A várakozási idő alatt a Biztosító kockázatviselése nem áll fenn.

2. fejezet – A Biztosítottak

A Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Általános Feltételektől eltérően Biztosított minden, a Szerződéssel jogviszonyban álló aktív munkavállaló, a 70. életévüket követő biztosítási évfordulótól.

3. fejezet – A Kedvezményezett

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatások igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult.

4. fejezet – A biztosítási esemény

Biztosítási esemény – jelen különös feltételek szerint – a kockázatviselési tartamon belül a várakozási idő letelte.

5. fejezet – A Biztosító szolgáltatása

A Biztosított a várakozási idő leteltét követően az alábbi szolgáltatások igénybevételére jogosult:

5.1. A NOSZ szolgáltatása

5.1.1. A NOSZ igénybe vételére az alábbi esetekben van lehetőség:

- Az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat),
- Szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet,
- Szervátültetések
- Neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát,
- Velezületett betegségek és rendellenességek,
- Az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció,
- Veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák,
- Az életet fenyegető betegségek vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

5.1.2. NOSZ igénybevételének szabályai

5.1.2.1.

A szolgáltatás igénybe vételekor a Biztosító ellenőrzi, hogy a kérelmező jogosult-e a szolgáltatás igénybe vételére.

5.1.2.2.

Szolgáltató a második orvosi szakvéleményt a Biztosított által számára rendelkezésre bocsátott információk és orvosi dokumentáció alapján készíti. A Biztosított akkor jogosult a második orvosi szakvélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel. Az orvosi leletek és a beteget korábban ellátó orvos által készített első diagnózis megléte előfeltétele a szolgáltatás igénybevételének.

5.1.2.3.

A második orvosi szakvélemény igénylésekor a kérelemhez a Biztosítottnak vagy orvosának csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell a Szolgáltató által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket. A Szolgáltató minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a Biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és a beteg kérésére és felhatalmazásával szükség esetén kapcsolatot tart a Biztosítottal és kezelőorvosával.

5.1.2.4.

A szolgáltatásnak nem része az orvosi vizsgálat vagy a személyes orvos-beteg találkozás.

5.1.2.5.

A Szolgáltató a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a körelőzményre vonatkozó valamennyi releváns információ rendelkezésre bocsátását követő 3 héten belül megküldi a Biztosítottnak.

5.1.3. A NOSZ igénybevételének korlátai

5.1.3.1.

A NOSZ a rendelkezésre álló orvosi/kórházi leletek, laboratóriumi eredmények, röntgen-vizsgálatok, biopsziák stb. alapján készül.

5.1.3.2.

A specialista által készített NOSZ a beküldött leletek pontosságának és hitelességének függvénye.

5.1.3.3.

A szolgáltatás szakértői orvosi információval szolgál, melynek célja, hogy kiegészítse a Biztosított számára a kezelőorvosától kapott információt. Ezen információ semmi esetre sem kezelendő orvosi diagnózisként vagy kezelésre vonatkozó előírásként.

5.1.3.4.

A NOSZ nem helyettesíti a kezelőorvos szakvéleményét, ugyanis végleges diagnózis és helyes kezelés megállapításához elengedhetetlen a személyes orvos-beteg találkozás.

5.1.3.5.

Közvetlenül a fent említett orvosi tanácsadás és a második diagnózis elkészítésének díja és költsége benne foglaltatik a NOSZ szolgáltatásban, feltéve, ha a szolgáltatásokat a fentiek szerint kérelmezték.

5.1.3.6.

Az orvosi tanácsadásból vagy kezelésből, vizsgálatokból, jelentésekből, röntgenfelvételekből és más vizsgálat készítéséből eredő minden további ráfordítás, költség és díj a beteget terheli, még abban az esetben is, ha a második véleményezés által felderítendő betegséggel vagy klinikai állapottal kapcsolatban készültek.

5.1.3.7.

A második orvosi szakvélemény iránti kérelem benyújtásának és a kérelem megválaszolásának nyelve minden esetben a magyar, ezért a Szolgáltató által a Biztosított részére küldött minden dokumentum magyar nyelvű.

5.1.3.8.

A Szolgáltató nem vállal felelősséget a nyújtott információ gondatlan felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként.

5.1.3.9.

A Szerződő vállalja, hogy a szolgáltatásra jogosultak névsorát negyedévente eljuttatja a Biztosítónak.

5.2. 24 órás orvosi segélyvonal szolgáltatása

5.2.1. A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon laikusoknak szóló egészségügyi információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek.

5.2.2. A szolgáltatást a Biztosító a Szolgáltató igénybevitelével nyújtja.

5.2.3. Az orvosi segélyhívó központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:

- egészséggel, betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdések,
- tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
- tájékoztatás ügyeleti gyógyszerárakról,
- tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

5.2.4. A 24 órás orvosi segélyhívó szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában a 06 1 461 1566 telefonszámon veheti igénybe.

5.2.5. A Szerződő vállalja, hogy a szolgáltatásra jogosultak névsorát negyedévente eljuttatja a Biztosítónak.

6. fejezet – A várakozási idő

A Biztosító a szolgáltatások igénybevitelére vonatkozóan nem köt ki várakozási időt.

7. fejezet – Kockázatelbírálás

A Biztosító nem alkalmaz kockázat-elbírálást a szolgáltatásra jogosultakra vonatkozóan.

8. fejezet – A biztosítási szerződés megszűnése

A Biztosított 70. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval a biztosítási szerződés az adott Biztosítottra vonatkozóan megszűnik.

9. fejezet – Területi hatály

A Csoportos Élet-, Egészség- és Balesetbiztosítási Feltételek X. fejezetétől eltérően, jelen biztosítás területi hatálya Magyarország.