

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (725111)

Ügyfél-tájékoztató, Különös Szerződési Feltételek

Ügyfél-tájékoztató

az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetről (725111)

Az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások ügyfél-tájékoztatója érvényes. Az alábbi tájékoztató kizárólag az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet azon jellemzőit tartalmazza, amelyek tekintetében a fedezet eltér az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások ügyfél-tájékoztatójától.

A biztosító kockázatviselése a kiegészítő biztosítási szerződésben létrejött orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetek tekintetében biztosítottanként akár eltérő biztosítási szolgáltatásra vonatkozhat.

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet Egyszeri díjfizetésű Allianz Életprogram szerződéshez nem köthető.

A biztosított

A biztosított az a természetes személy, akinek a személyére a biztosító kockázatviselése az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet tekintetében fennáll. A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttékor a szerződési feltételekben meghatározott életkorok valamelyike lehet.

A biztosítási esemény

A biztosítási esemény a biztosítottnak az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet létrejöttét követően, a kockázatviselési időszakban bekövetkezett olyan balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően indokolt orvosi ellátásra van szüksége.

A biztosítási szolgáltatás

Társaságunk arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítottnak a kockázatviselési időszakban bekövetkezett olyan balesete vagy betegsége esetén, amelyből eredően orvosi ellátásra van szüksége – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett** – alábbi szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak

- a) Járóbeteg szakellátás
- b) Labor diagnosztika

- c) Képképző diagnosztika
- d) Nagy értékű diagnosztika.

A biztosító szolgáltatása kiterjed – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett**, a szerződési feltételekben meghatározott – két évente legfeljebb egy – szűrővizsgálat elvégzésére is. A szűrővizsgálatokat kizárólag a biztosított veheti igénybe.

A fedezet szolgáltatásaira érvényes limiteket a szerződési feltételek tartalmazzák.

Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembe vételével a szolgáltatások értéke meghaladná a jelen szerződési feltételek szerinti valamely limitet.

A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokat a biztosított saját költségére veheti igénybe. A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokra a biztosító nem szervez ellátást.

A biztosított a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján pénzügyi szolgáltatásra nem jogosult.

Tekintettel arra, hogy az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet esetében a biztosító nem pénzügyi szolgáltatást nyújt, a szolgáltatásnak, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limiteknek az egy biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezetek költségeinek összegétől függő emelésére nem kerül sor.

Társaságunk a fentiekén kívül kötelezettséget vállal az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás nyújtására is.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése, a szolgáltatás teljesítése

A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be. A telefonon történő igénybejelentésre a szerződési feltételekben meghatározott időszakban van lehetőség.

Amennyiben a biztosított az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő

továbbadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

Ha az ellátásszervező a szolgáltatást egy vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg, akkor a szolgáltató által kiállított számla alapján a biztosított fizeti ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező – a biztosított által hozzá benyújtott számla alapján – a jelen szerződési feltételek szerint indokolt költséget megtéríti a biztosított részére.

A kiegészítő biztosítási fedezet létrejötte

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet kizárólag az alapbiztosítás létrejöttével egyidejűleg jöhet létre.

A kiegészítő biztosítási fedezet megváltoztatása

A szerződő a kiegészítő biztosítási szerződés tartama alatt az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet tekintetében az alábbi változásokat kezdeményezheti:

- a fedezet biztosítottját visszavonhatja a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével, mellyel az adott biztosítottra szóló kiegészítő biztosítási fedezet a szerződő erre irányuló nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezése hónapjának utolsó napjával megszűnik,
- a kiegészítő biztosítási fedezetet megszüntetheti a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével.

A szerződőnek a kiegészítő biztosítási szerződés tartama alatt nincs lehetősége

- új biztosítottra vagy a kiegészítő biztosítási szerződésben szereplő biztosítottra vonatkozóan új orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttének kezdeményezésére,
- az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatása, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limittek megváltoztatására.

A kiegészítő biztosítási fedezet költségének módosítása

A biztosító jogosult az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet költségét – a biztosítási szolgáltatás és az erre vonatkozó limittek változtatása nélkül is – a jövőre nézve módosítani, ha a biztosítónak a fedezettel kapcsolatos költségei – az általa igénybe vett szolgáltatások díjainak emelkedése, továbbá a káralakulás következtében, igazolhatóan – megemelkedtek.

Az értékkövetés

Az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limittek értékkövetéssel történő emelésére.

A kiegészítő biztosítási fedezet megszűnésének esetei

Az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján.

A szerződőnek nincs lehetősége az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet

- felmondására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltét megelőzően,
- biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltét megelőzően.

Kizárások

Nem biztosítási esemény ezért Társaságunk nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben

- meddősséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,
- az urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás,
- a nőgyógyászati ellátás – ide értve a biztosított várandósága alatt elvégzendő orvosi vizsgálatokat is – az évi négy vizsgálatot meghaladó további vizsgálatokra, továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre,
- a bőrgyógyászati ellátás esetén az évi négy ellátást meghaladó további vizsgálatokra vagy kezelésekre, továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre,
- a gastroenterológiai ellátás keretein belül colonoscopia esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire,
- a szerződési feltételekben felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálat,
- sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,
- nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás,
- injekciós kezelés, infúziós kúra,
- szépeszeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,
- szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látélet céljából történő vizsgálat vagy ellátás,
- védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,
- nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,
- látásjavító szemészeti műtét.

Nem biztosítási esemény az évi négy igénybevételt meghaladó további ellátás az alábbi egészségügyi szakterületeken egyenként

- járóbeteg szakellátás,
- labor diagnosztika, valamint
- képalkotó diagnosztika.

Nem biztosítási esemény a nagy értékű diagnosztikai ellátás évi két igénybevételt meghaladó további igénybevétele.

A várakozási idő

Az Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet esetében Társaságunk a várandóssággal kapcsolatos nőgyógyászati ellátásokra a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől számított 6 hónap várakozási időt köt ki. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító nem teljesít szolgáltatást a várandóssággal kapcsolatos nőgyógyászati ellátásra.

Egyebek

Az Allianz Életprogramok – befektetési egységekhez kötött élet- és egészségbiztosítások – Ügyfél-tájékoztatójában szereplő,

- a biztosítási titokról és a biztosítási titoknak minősülő adatok továbbíthatóságáról szóló,
- a szerződésre vonatkozó adó- és egyéb jogszabályokról szóló,
- a szerződésre alkalmazandó jogról szóló,

- az Allianz Hungária Zrt. panaszkezelési elveiről és gyakorlatáról szóló,
 - az Allianz Hungária Zrt.-vel kapcsolatos információkról szóló
- szabályok az Allianz Életprogramokhoz köthető Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre is érvényesek.

További információk telefonszolgálatunktól a 06-40-421-421-es számon kaphatók, valamint honlapunkon a www.allianz.hu címen érhetők el.

Bízunk benne, hogy tájékoztatónk felkeltette érdeklődését termékeink iránt, és így hamarosan Önt is ügyfeleink között üdvözölhetjük.

Budapest, 2012. július 1.

Tisztelettel

Allianz Hungária Zrt.

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (725111)

Különös Szerződési Feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek, feltéve, hogy a szerződést e feltételekre hivatkozva kötötték.

A jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezetre az itt nem szabályozott kérdésekben az Allianz Életprogramokhoz mint alapt biztosításhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei, valamint a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadók.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet részét képezi és az Allianz Orvosi Call Center feltétel a jelen szerződési feltételekkel együtt alkalmazandó.

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet Egyszeri díjfizetésű Allianz Életprogram szerződéshez nem köthető.

Fogalmak

2. **Egészségügyi szolgáltatás:** Az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddőtételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, – ideértve az ehhez kapcsolódó – a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is.

Egészségügyi szolgáltató: A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

Ellátásszervező: Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött ellátásszervező neve, címe, telefonszáma:

Advance Medical Hungary Kft.

1085 Budapest, Baross u. 22.

Tel: 06-1-461-1555

Az ellátásszervezés szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8.00-20.00 óra között

Vizsgálat: Az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.

Sűrűvizsgálat: Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

A biztosított

3. Biztosított az a természetes személy, akinek a személyére a biztosító kockázatviselése fennáll. A biztosított belépési kora a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú mellékletének kiegészítésében meghatározott életkorok valamelyike lehet.

A biztosítási esemény

4. Biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a jelen szerződési feltételek szerint indokolt orvosi ellátásra van szüksége.

5. Jelen szerződési feltételek alapján orvosi ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott

- a) egészségügyi szakterületeken történő, orvosi szakképesítéssel rendelkező személy által elvégzett járóbeteg szakellátás, valamint
- b) diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.

A biztosító szolgáltatása

6. A biztosító – az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 13. pontjától eltérően – arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen pontban szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett** szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak.

I. Járóbeteg szakellátás az alábbi szakterületeken:

- a) Belgyógyászat
- b) Bőrgyógyászat
- c) Csecsemő- és gyermekgyógyászat
- d) Diabetológia
- e) Endokrinológia
- f) Érsebészet
- g) Fül-orr-gégészet
- h) Gastroenterológia (ezen belül rectoscopy, colonoscopy, gastroscopy is)
- i) Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG)
- j) Neurológia
- k) Nőgyógyászat
- l) Ortopédia
- m) Sebészet
- n) Szemészet
- o) Tüdőgyógyászat
- p) Urológia

II. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:

- a) Teljes vércép
- b) Vérsüllyedés
- c) Teljes vizelet
- d) Májfunktio (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)
- e) Vércsók (Se cholesterolin, HDL, LDL cholesterolin, triglicerid)

- f) Vércukor, vércukor terhelés
- g) Húgsav
- h) Vesefunktio (KN, Creatinin)
- i) Se vas, transferrin, TVK
- j) Ionok (Na, K, Ca)
- k) HbA1c
- l) Pajsmirigy funktio (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG)

III. Képkalkotó diagnosztika:

- a) Röntgen
- b) Ultrahang

IV. Nagy értékű diagnosztika:

- a) CT
- b) MR
- c) Pet CT
- d) Cardio CT.

Az I. k) pontban szereplő nőgyógyászati ellátás magába foglalja

- a cytológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá
- a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatok közül legfeljebb négy vizsgálatot évente, alkalmanként legfeljebb 15 000 Ft értékben.

A 6. pontban szereplő ellátások tekintetében a biztosító legfeljebb évente 1 000 000 Ft értékben teljesít szolgáltatást.

7. A biztosító szolgáltatása kiterjed a jelen pontban szereplő, – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett** – alábbi szolgáltatások nyújtására is.

Szűrővizsgálat (opcionális):

- a) nőgyógyászat vagy
- b) urológia vagy
- c) labor (vércép, vizelet, vércukor, vérsók (Se cholesterolin, HDL, LDL cholesterolin, triglicerid), májfunktio (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt), vese funktio (KN, Creatinin) vagy
- d) hasi ultrahang.

Az a)-d) pontban szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen szerződési feltételek alapján kétevente legfeljebb egy vizsgálat vehető igénybe.

A szűrővizsgálatokat kizárólag a biztosított veheti igénybe.

8. A 6. és 7. pont szerinti szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által szervezett ellátásokra vehetők igénybe.

Az ellátásszervező lehetőség szerint a vele szerződött egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg a biztosított ellátását. Amennyiben az ellátásszervezővel szerződött

egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező más, vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál biztosít lehetőséget az ellátás igénybevételére.

9. Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembe vételével a szolgáltatások értéke meghaladná a jelen szerződési feltételek szerinti valamely limitet.

A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokat a biztosított saját költségére veheti igénybe. A limit feletti egészségügyi szolgáltatásokra a biztosító nem szervez ellátást. Az éves limit feletti igénybevételre a jelen szerződési feltételek nem vonatkoznak.

10. A biztosított a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján pénzügyi szolgáltatásra nem jogosult.

Tekintettel arra, hogy a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet a 6. és 7. pontban foglalt szolgáltatásokat foglalja magába, **az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítási fedezetek Általános Szerződési feltételeinek biztosítási összegről vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek**, azaz az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek

- a) 13. és 14. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében nem a biztosítási összeg, nem annak többszöröse vagy meghatározott része kerül kifizetésre,
- b) 15. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet tekintetében a szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,
- c) 16. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek emelésére nem kerül sor,
- d) 48. pontjában foglaltaktól eltérően a biztosítottra vonatkozó, a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet költségének – a „B” jelű Kondíciós listában foglalt minimális havi költség változása következtében történő – emelése esetén a fedezet szolgáltatása nem emelkedik,
- e) IV. fejezetében (Az értékkövetés) foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek értékkövetéssel történő emelésére.

11. A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a kiegészítő biztosítási fedezet költsége emelkedik.

A kiegészítő biztosítási fedezet létrejötte

12. A kiegészítő biztosítási fedezet kizárólag az alapt biztosítás létrejöttével egyidejűleg jöhet létre.

Ha a szerződő ennek ellenére a fedezet tartama alatt kezdeményezte a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét, akkor a kiegészítő biztosítási fedezetnek az egységszámláról esetlegesen már levont költségét a biztosító a szerződő részére visszatéríti oly módon, hogy az egységszámlán jóváírást teljesít, azaz a költséget a levonás napjára érvényes árfolyamon egység-darabszámmal számítja át, majd az egységszámlán az eszközalapban nyilvántartott egységek aktuális darabszámát az így kapott darabszámmal növeli.

A kiegészítő biztosítási fedezet megváltoztatása

13. Az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 30. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet

- a) biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége, mellyel az adott biztosítottra vonatkozó kiegészítő biztosítási fedezet a szerződő erre irányuló nyilatkozatának a biztosítóhoz történő beérkezése hónapjának utolsó napjával megszűnik,
- b) megszüntetésére a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével van lehetősége.

Az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 30. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet tartama alatt nincs lehetősége

- a) új biztosítottra vagy a kiegészítő biztosítási szerződésben szereplő biztosítottra vonatkozóan új orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttének kezdeményezésére,
- b) az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet szolgáltatásának, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limiteknek a megváltoztatására.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség

14. A szerződő és a biztosított köteles a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttkor, majd azt követően a szerződés tartama alatt, a biztosítóval, valamint az ellátásszervezővel a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges körülményt, amelyre a biztosító, illetve az ellátásszervező a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttkor kérdést tett fel, és amelyet a szerződő, vagy a biztosított ismert vagy ismernie kellett.

15. A biztosítottnak a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulása egyben annak a kötelezettségnek a vállalását is jelenti, hogy a közölt adatok ellenőrzését a biztosító, illetve az ellátásszervező részére lehetővé teszi.

16. A kiegészítő biztosítási fedezettel kapcsolatos egészség-biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges kérdésnek minősülnek azok a kérdések, amelyekre a biztosító, illetve az ellátásszervező az egészségi nyilatkozatban rákérdez, vagy amelyekre vonatkozóan – akár telefonon is – további tájékoztatást kér a szerződőtől és a biztosítotttól.

Ha a biztosított életkorát nem a valóságnak megfelelően (az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú mellékletének kiegészítésében a kiegészítő biztosítási fedezetnél meghatározott legalacsonyabb életkort elérőnek vagy az ugyanott meghatározott legmagasabb életkort meg nem haladónak) vallották be, a közlési kötelezettség megsértésének az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 41. és 42. pontjában foglalt következményeit kell alkalmazni, ha pedig a közlési kötelezettség megsértésének a következményei nem alkalmazhatók, az Általános Szerződési Feltételek 43. pontja az irányadó.

Ha a biztosított életkorát nem a valóságnak megfelelően, hanem a 2. számú melléklet kiegészítésében meghatározott legalacsonyabb életkort elérőnek vallották be, azonban a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában a biztosított életkora meghaladja ezt a legalacsonyabb életkort, akkor a közlési kötelezettség megsértésének jogkövetkezményei nem alkalmazandók.

A szolgáltatás iránti igény bejelentése, a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja és a szolgáltatás teljesítése

17. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.

18. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.

19. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő és a biztosított az ajánlat aláírásával hozzájárulását adta az ajánlatban megadott, az alábbiakban meghatározott adatainak (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatoknak a biztosító által történő kezeléséhez és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben történő továbbításához. Az adatok köre: szerződésszám, szerződő és biztosított neve, biztosított neve, biztosított édesanyja

neve, biztosított születési helye és ideje, biztosított partner kódja, címe, biztosított e-mail címe, mobiltelefonja.

A szerződő és a biztosított az ajánlat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, valamint – amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató – az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem áll egészségügyi szolgáltatók számára továbbítsa az alábbi adatokat: a biztosított neve, születési ideje, címe, mobiltelefonja, továbbá a biztosított különleges (azaz egészségi) adatai.

Az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosult az adatokat kezelni. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

20. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát valamint az Életprogram szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- az Életprogram szerződés szerződésszáma,
- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat.

Az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. Ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.

21. A biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:

- a) orvosi beutaló a 6. pontban szereplő ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet), a 6. IV pontban foglalt szolgáltatások esetén szakorvosi (sebész, belgyógyász, idegyógyász, onkológus) beutaló,
- b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- c) a biztosított nevére kiállított számla.

22. Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezése kapcsán a benyújtott orvosi dokumentu-

mok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja a 6. pont szerinti szolgáltatások megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.

23. A biztosított hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és az ellátásszervező az egészségi adatait nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és a kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze. Amennyiben a biztosított az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

24. Ha az ellátásszervező a szolgáltatást – a 8. pont szerint – egy vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg, akkor a szolgáltató által kiállított számla alapján a biztosított fizeti ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező – a biztosított által hozzá benyújtott számla alapján – a jelen szerződési feltételek szerint indokolt költséget megtéríti a biztosított részére.

A kiegészítő biztosítási fedezet költsége

25. A kiegészítő biztosítási fedezet – a biztosított aktuális életkorától függő – egységnyi költségét az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú mellékletének kiegészítése tartalmazza, amely a szerződés része. A biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet költségét a jövőre nézve egy biztosítási évre határozza meg, a biztosítottra vonatkozó – az Általános Szerződési Feltételek 2. számú mellékletének kiegészítése alapján számított – engedménnyel nem csökkentett egységnyi költség a biztosítási éven belül nem változik.

A kiegészítő biztosítási fedezet költségének módosítása

26. A biztosító jogosult a kiegészítő biztosítási fedezet egységnyi költségét tartalmazó, az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú mellékletének kiegészítését a jövőre nézve módosítani, ha valamely életkorban a biztosítási esemény bekövetkezésének gyakorisága legalább 10 százalékkal eltér attól a valószínűségtől, amelyet a biztosító a módosítást megelőzően kalkulált.

27. A biztosító jogosult a jelen szerződési feltételek alapján létrejött kiegészítő biztosítási fedezet költségét – a biztosítási szolgáltatás és az erre vonatkozó limitek változtatása nélkül is – a jövőre nézve módosítani abban

az esetben, ha a biztosítónak a szolgáltatás nyújtásához kapcsolódó költségei – az általa igénybe vett szolgáltatások díjainak emelkedése, továbbá a káralakulás következtében, igazolhatóan – megemelkedtek.

A kiegészítő biztosítási fedezet módosított költsége a kiegészítő biztosítási szerződésre az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú melléklete kiegészítése változásának hatálybalépését követő évfordulón lép érvénybe.

A biztosító a 2. számú melléklet kiegészítésének változásáról a szerződés évfordulója előtt legalább 60 nappal írásban értesíti a szerződőt.

28. A biztosító jogosult továbbá – a megemelkedett költségekre való tekintettel – a jelen szerződési feltételek szerinti kiegészítő biztosítási fedezetnek a biztosítási évfordulóra történő felmondására.

29. Ha a szerződő a 27. pont szerinti értesítésben foglalt módosított költséget nem fogadja el, a kiegészítő biztosítási fedezetet – az évfordulót megelőző 30. napig, az évfordulóra – írásban felmondhatja.

A kiegészítő biztosítási fedezet megszűnése

30. A jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 60. f) pontjában foglaltakkal ellentétben a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján.

31. Az Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 60. pontjában foglaltaktól eltérően a szerződőnek nincs lehetősége a jelen szerződési feltételek szerint létrejött kiegészítő biztosítási fedezet

- a) felmondására a fedezet tartama 3. évének elteltét megelőzően,
- b) biztosítottjának visszavonására a fedezet tartama 3. évének elteltét megelőzően.

Kizárások

32. **Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást az alábbi esetekben**

- a) meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,
- b) a 6. I. p) pontban szereplő urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás,
- c) a 6. I. k) pontban szereplő nőgyógyászati ellátás – ide értve a biztosított várandóssága alatt elvégzendő orvosi vizsgálatokat is – az évi négy vizsgálatot meghaladó további vizsgálatokra, – továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre,

- d) a 6. I. b) pont szerinti bőrgyógyászati ellátás esetén az évi négy ellátást meghaladó további vizsgálatokra vagy kezelésekre, továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre,
- e) a 6. I. h) pont szerinti gastroenterológiai ellátás kere-
tein belül colonoscopia esetén az altatás költségeire,
továbbá a virtuális endoscopia és capsula endoscopia
költségeire,
- f) a 6. II. pontban felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon
kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálat,
- g) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,
- h) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgá-
lat vagy ellátás,
- i) injekciós kezelés, infúziós kúra,
- j) szépsészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,
- k) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmas-
sági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látület
céljából történő vizsgálat vagy ellátás,
- l) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,
- m) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-meg-
szakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos
vizsgálatok vagy ellátások
- n) látásjavító szemészeti műtét.

33. Nem biztosítási esemény az évi négy igénybevételt meghaladó további ellátás az alábbi egészségügyi szakte-
rületeken egyenként

- a) a 6. I. pont szerinti járóbeteg szakellátás,
- b) a 6. II. pont szerinti labor diagnosztika, valamint
- c) a 6. III. pont szerinti képalkotó diagnosztika.

34. Nem biztosítási esemény a 6. IV. pont szerinti nagy értékű diagnosztikai ellátás évi két igénybevételt meghaladó további igénybevétele.

35. Azt, hogy a biztosító mely további esetekben nem tel-
jesít szolgáltatást, az Allianz Életprogramokhoz köthető
kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek
63-70. pontjai tartalmazzák.

A várakozási idő

36. A biztosító a jelen szerződési feltételek alapján
létrejött kiegészítő biztosítási fedezet esetében -- az
Allianz Életprogramokhoz köthető kiegészítő biztosí-
tások Általános Szerződési Feltételeinek 75. pontjától
eltérően -- a várandóssággal kapcsolatos 6. I. k) pont
szerinti szolgáltatásokra a kiegészítő biztosítási fedezet
létrejöttétől számított 6 hónap várakozási időt köt ki. Ha
a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik
be, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.

Budapest, 2012. július 1.

Allianz Hungária Zrt.
1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.
Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság,
Cg. 01-10-041356

A költségmentes Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (továbbiakban: biztosító) a jelen feltételek alapján egészségügyi szolgáltató partnere (az Advance Medical Hungary Kft., a továbbiakban: szolgáltató) révén 24 órás orvosi call center szolgáltatást nyújt abban az esetben, ha az Allianz Életprogram szerződésre az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (a továbbiakban: orvosi ellátásra szóló fedezet) érvényben van. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatásra a jelen szerződési feltételek érvényesek.

Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás

2. Az orvosi call center szolgáltatás éjjel-nappali orvosi tanácsadást jelent, mely a 06-1-461-1555 telefonszámon érhető el.

A szolgáltatás igénybe vétele

3. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a szolgáltató nem emelt díjas telefonszáma felhívásával vehető igénybe, amennyiben az Allianz Életprogram (továbbiakban: Életprogram) biztosítás szerződője, valamint az orvosi ellátásra szóló biztosítottja az ajánlat aláírásával hozzájárulását adta, hogy az Életprogram szerződésre tett ajánlatban megadott, az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok) továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezelje és továbbítsa – meghatározott gyakorisággal – a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben. Az adatok köre: név, természetes személy születési helye és ideje, cím, szerződésszám, e-mail cím, mobiltelefonszám.

4. A szolgáltatás igénybevételére a jelen feltételek alapján az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja jogosult, feltéve, hogy az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- az Életprogram szerződés szerződésszáma,
- az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottjának neve,
- az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja édesanyjának neve,
- az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottjának születési ideje.

A szolgáltatás igénybevétele során a szolgáltató minden esetben azonosítja az ügyfelet.

5. Az Allianz Orvosi Call Center hívható az év minden napján, a nap 24 órájában, ahol szakképzett, gyakorló orvosok tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:

- a) életmóddal, egészségmegőrzéssel, orvosi dokumentáció értelmezésével kapcsolatos kérdések;
- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, mellékhatásait, alkalmazhatóságát, helyettesíthetőségét, árát illetően;
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről;
- d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról;
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a www.allianz.hu weboldaltól is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdéseiket.

6. A szolgáltató a választ a kérdésfeltevést követően 24 órán belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg.

Adatkezeléshez adott hozzájárulás

7. Az Életprogram szerződés szerződője – és a szerződőnek az ajánlat aláírásával adott felhatalmazása alapján – az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja az ajánlat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a szolgáltató továbbítsa az adatokat az együttműködő partnerei (ideértve az orvosokat, a mobil-, a telefon- valamint az internetszolgáltatókat) számára, akik a szolgáltatásnyújtás megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni. A szerződő és az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja kérésére a szolgáltató tájékoztatást ad azon együttműködő partnereinek személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

8. Az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja – a szerződőnek az ajánlat aláírásával adott felhatalmazása alapján – az ajánlat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító honlapján írásban feltett kérdéseit a biztosító e-mailen továbbítsa a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a szolgáltató, valamint az együttműködő partnerei a biztosított által megadott e-mail címre küldjék meg.

Egyéb rendelkezések

9. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.

10. A biztosító a szolgáltató által nyújtott Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás nyújtását bármikor, egyoldalúan indoklás nélkül megszüntetheti. A szolgáltatás költségmentességére tekintettel sem az Életprogram szerződés szerződője, sem az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja a szolgáltatás megszüntetése miatt a biztosítóval szemben igényérvényesítéssel nem él.

11. Amennyiben az Életprogram szerződés szerződője, vagy az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja a szolgáltatás igénybevételét, illetve az adatok kezeléséhez adott hozzájárulást az ugyfelszolgalat@allianz.hu e-mail címre küldött nyilatkozattal megszünteti, az abban fog-

lalt szolgáltatás nyújtása a biztosított részére az adatok törlésével megszűnik, és a jelen feltételek hatályukat veszítik.

12. A biztosító nem vállal felelősséget az orvosi Call Center szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a kért tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve az orvosi vélemény helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

13. Az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja az ajánlat aláírásával nyilatkozik arról, hogy igénybe kívánja venni az Allianz Hungária Zrt. szerződött partnere, az Advance Medical Hungary Kft. révén ingyenesen nyújtott Allianz Orvosi Call Center szolgáltatást.

Budapest, 2012. július 1.

Kiegészítő biztosítási fedezetek havi költsége

Orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet
(725111)
havi költsége a szerződési feltételben foglalt szolgáltatásokra

Kor	Férfi/Nő
2-19	3 400
20-29	3 800
30-39	4 200
40-49	4 800
50-61	5 700