

Allianz
Gondoskodás
Programokhoz
köthető
kiegészítő
biztosítások

www.allianz.hu

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezet (725111)

Ügyfél-tájékoztató, Különös Szerződési Feltételek

Allianz 

AHE-21233

Ügyfél-tájékoztató

az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetről (725111)

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre az Allianz Gondoskodás Programokhoz 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 Gondoskodás Programokhoz 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.

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

- Járóbeteg szakellátás
- Labor diagnosztika
- Képalkotó diagnosztika
- Nagy értékű diagnosztika.

A biztosító szolgáltatása kiterjed – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel,**

tervezhető időpontban végzett, a szerződési feltételekben meghatározott – kétévente 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 biztosítottotól 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) 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,
- b) a kiegészítő biztosítási fedezetet megszüntetheti a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltével, továbbá abban az esetben, ha társaságunk a kiegészítő biztosítási fedezet költségét a biztosítási események bekövetkezésének gyakorisága vagy a szolgáltatás nyújtásához kapcsolódó költségeinek emelkedése miatt, a biztosítási szolgáltatás és a limitek változtatása nélkül megemeli, és a szerződő a módosított költséget nem fogadja el, akkor az évfordulóra írásban felmondhatja a kiegészítő biztosítási fedezetet.

A szerződőnek a kiegészítő biztosítási szerződés 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 szolgáltatása, illetve a szolgáltatásra vonatkozó limitek 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 limitek változtatása nélkül is – a jövőre nézve, évente egyszer módosítani, ha a biztosítónak a szolgáltatás nyújtásához kapcsolódó költségei – az általa igénybe vett szolgáltatások díjainak emelkedése, továbbá a káralakulás következtében, igazolhatóan – megemelkedtek.

A biztosító jogosult a kiegészítő biztosítási fedezet költ-

ségét – a biztosítási szolgáltatás és az erre vonatkozó limitek változtatása nélkül is – a jövőre nézve, évente egyszer módosítani, ha valamely életkorban a biztosítási esemény bekövetkezésének gyakorisága legalább 10 százalékkal eltér attól a valószínűségtől, amellyel a biztosító a módosítást megelőzően kalkulált.

A módosítás mértéke a 10%-ot nem haladhatja meg.

Az értékkövetés

Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek 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, kivéve abban az esetben, ha társaságunk a kiegészítő biztosítási fedezet költségét a biztosítási események bekövetkezésének gyakorisága vagy a szolgáltatás nyújtásához kapcsolódó költségeinek emelkedése miatt, a biztosítási szolgáltatás és a limitek változtatása nélkül megemeli, és a szerződő a módosított költséget nem fogadja el, akkor a kiegészítő biztosítási fedezetet az évfordulóra írásban felmondhatja,
- biztosítottjának visszavonására a fedezet tartamának kezdetétől számított 3. év elteltét megelőzően.

Kizárások

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

- meddőséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,
- az urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás,
- a 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,
- 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,
- szépséget célzó vizsgálat vagy beavatkozás,
- szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelel 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.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

Felhívjuk szíves figyelmét arra, hogy az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) az igénybe vehető szolgáltatások száma, valamint az egyes szolgáltatások értéke korlátozott,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított visszavonására vagy a fedezet megszüntetésére a szerződőnek a tartam kezdetét követő 3 év elteltével van lehetősége (kivéve, ha a biztosító a fede-

- zet költségét a biztosítási események bekövetkezésének gyakorisága vagy a szolgáltatás nyújtásához kapcsolódó költségeinek emelkedése miatt módosítja),
- e) a kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján,
- f) a kiegészítő biztosítási fedezet költségének módosítása tárgyában.

Egyebek

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

- a szerződésre irányadó jogról szóló,
- a biztosítási titokról és a biztosítási titoknak minősülő adatok továbbíthatóságáról szóló,
- a biztosítók közötti adatátadási megkeresésekről szóló,
- a szerződésre vonatkozó adó- és egyéb jogszabályokról szóló,
- a függő biztosításközvetítőre vonatkozó szabályokról szóló
- a panaszügyintézésről szóló,
- az Allianz Hungária Zrt.-vel kapcsolatos információkról szóló

szabályok az Allianz Gondoskodás Programokhoz 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, 2014. október 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 Gondoskodás Programokhoz mint alapbiztosításhoz 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.

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 meddővétételt, 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.

Szűrővizsgálat: 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 létrejöttékor 2-61 év között 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 Gondoskodás Programokhoz 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 vérkép
- b) Vérsüllyedés
- c) Teljes vizelet
- d) Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt))
- e) Vércsúrok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid)
- f) Vércukor, vércukor terhelés
- g) Húgysav
- h) Vesefunkció (KN, Creatinin)
- i) Se vas, transferrin, TVK
- j) Ionok (Na, K, Ca)
- k) HbA1c
- l) Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG)

III. Képképző 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 a tartam első 6 hónapjában legfeljebb egy vizsgálatot, 15 000 Ft értékben, a továbbiakban legfeljebb négy vizsgálatot évente, alkalmanként legfeljebb 15 000 Ft értékben.

A 6. pontban szereplő ellátások tekintetében a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől eltelt első 2 hónapban bekövetkező biztosítási esemény esetén az alábbiak szerint nyújt szolgáltatást

- az I., II. és III. pontban szereplő ellátások közül legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 15 000 Ft értékben, vagy
- a IV. pontban szereplő ellátások közül legfeljebb egy ellátás (egy alkalommal), legfeljebb 50 000 Ft értékben.

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 (vérkép, vizelet, vércukor, vérsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), máj-funkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt)), vese funkció (KN, Creatinin) vagy
- d) hasi ultrahang.

Az a)-d) pontban szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen szerződési feltételek alapján kétfévente 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.

10. A biztosított a jelen kiegészítő biztosítási fedezet alapján pénzbeli 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 Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítási fedezetek Általános Szerződési Feltételeinek biztosítási összegre vonatkozó rendelkezései a fedezetre nem érvényesek**, azaz az Allianz Gondoskodás Programokhoz 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 alapbiztosítás 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 egység-számláról esetlegesen már levont költségét a biztosító a szerződő részére visszatéríti oly módon, hogy az egység-számlán jóváírást teljesít, azaz a költséget a levonás napjára érvényes árfolyamon egység-darabszámmá számítja át, majd az egység-számlán a rendszeres díjak befektetésére szolgáló eszközalapban nyilvántartott egységek aktuális darabszámát az így kapott darabszámmal növeli.

A kiegészítő biztosítási fedezet megváltoztatása

13. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz 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, kivéve a kiegészítő biztosítási fedezet költségének 26. és 27. pontban foglalt módosítása esetén, amely esetben a szerződő a fedezetet – a 29. pont szerint – az évforduló írásban felmondhatja.

Az Allianz Gondoskodás Programokhoz 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 létrejöttékor, 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 létrejöttékor 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 egészségbiztosítási 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 biztosítottól.

A szerződő és a biztosított köteles a jelen pontban meghatározott nyilatkozat megtétele és tájékoztatás kérése során feltett kérdésekre adott válaszok változása esetén a biztosítót ezen változásokról 15 napon belül írásban tájékoztatni.

Amennyiben a biztosító a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttét követően szerez tudomást a fedezet létrejöttékor már fennállott lényeges körülményről, vagy a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változásról és ezek a biztosító kockázatának jelentős növekedését eredményezik, úgy a biztosító jogosult a fedezetet a tudomás szerzéstől számított 15 napon belül módosítani vagy azt 30 npra írásban felmondani. Ha a szerződő a biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, a kiegészítő biztosítási fedezet a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.

A fenti jogkövetkezmények csak akkor alkalmazhatóak, ha ezekre a biztosító a módosító javaslatban a szerződő figyelmét felhívta, és a kiegészítő biztosítási fedezet létrejöttétől, valamint a lényeges körülményekben, kérdésekben bekövetkezett változások bejelentésére nyitva álló határidőtől kevesebb, mint 5 év telt el.

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 neme, biztosított édesanyja neve, biztosított születési helye és ideje, biztosított partner kódja, címe, biztosított e-mail címe, mobiltelefonos száma.

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 álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítsa az alábbi adatokat: a biztosított neve, születési ideje, címe, mobiltelefonos száma, 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 a Gondoskodás Program szerződés szerződőjét.

Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a Gondoskodás Program 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, ideggyógyász, onkológus) beutaló,
- b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
- c) a biztosított nevére kiállított számla.

22. Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok 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 Gondoskodás Programokhoz 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 Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételei 2. számú mellékletének kiegészítését – a biztosítási szolgáltatás és az erre vonatkozó limitek változtatása nélkül is – a jövőre nézve, évente egyszer módosítani, ha valamely életkorban a biztosítási esemény bekövetkezésének gyakorisága legalább 10 százalékkal eltér attól a valószínűségtől, amellyel a biztosító a módosítást megelőzően kalkulált. **A módosítás mértéke a 10%-ot nem haladhatja meg.**

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, évente egyszer 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 módosítás mértéke a 10%-ot nem haladhatja meg.**

28. A kiegészítő biztosítási fedezet módosított költsége a kiegészítő biztosítási szerződésre az Allianz Gondoskodás Programokhoz 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.

29. Ha a szerződő a 28. 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 Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 56. g) pontjában foglaltakkal ellentétben a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján.

31. Az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 56. 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, kivéve a kiegészítő biztosítási fedezet költségének 26. és 27. pontban foglalt módosítása esetén, amely esetben a szerződő a fedezetet – a 29. pont szerint – az évfordulóra írásban felmondhatja,
- 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 keretein 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 vizsgálat vagy ellátás,
- i) injekciós kezelés, infúziós kúra,
- j) szépekészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,
- k) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, látület céljából történő vizsgálat vagy ellátás,
- l) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,
- m) nem orvosi javallat alapján végzett terhesség-megszakítással, 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 szakterületeken 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 teljesít szolgáltatást, az Allianz Gondoskodás Programokhoz köthető kiegészítő biztosítások Általános Szerződési Feltételeinek 59-65. pontjai tartalmazzák.

Eltérés a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól

36. Az orvosi ellátásra szóló kiegészítő egészségbiztosítási fedezetre vonatkozó szerződési feltételek az alábbiak tekintetében térnek el a Polgári Törvénykönyvtől és a korábbi szerződési gyakorlattól:

- a) a biztosító a szolgáltatást nem biztosítási összeg kifizetése formájában teljesíti,
- b) az igénybe vehető szolgáltatások száma, valamint az egyes szolgáltatások értéke korlátozott,
- c) a biztosító nem alkalmaz várakozási időt,
- d) a biztosított visszavonására vagy a fedezet megszüntetésére a szerződőnek a tartam kezdetét követő 3 év elteltével van lehetősége (kivéve a költség 26. és 27. pontban foglalt módosításának esetét),
- e) a kiegészítő biztosítási fedezet megszűnik a szerződésnek a biztosított 64. életéve betöltését követő évfordulóján,
- f) a kiegészítő biztosítási fedezet költségének módosítása tárgyában.

Budapest, 2014. október 1.

Allianz Hungária Zrt.

1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52.

Cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék 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 Gondoskodás Program 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 Gondoskodás Program (továbbiakban: Gondoskodás Program) biztosítás szerződője, valamint az orvosi ellátásra szóló biztosítottja az ajánlat aláírásával hozzájárulását adta, hogy a Gondoskodás Program 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:

- a Gondoskodás Program 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 gyógyszertárakról;
- 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. A Gondoskodás Program 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 a Gondoskodás Program szerződés szerződője, sem az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja a szolgáltatás megszüntetése miatt a biztosítóval szemben igényérvényesítéssel nem él.

11. Amennyiben a Gondoskodás Program 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 foglalt 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, 2014. október 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

Budapest, 2014. október 1.