



GENERALI-PROVIDENCIA Biztosító Rt.

Exkluzív egészségbiztosítás terméktájékoztató

Tisztelt Ügyfelünk!

Köszönjük, hogy Ön saját illetve családjá jövőjére gondolva a Generali-Providencia Biztosító Rt.-nél kíván biztosítást kötni. A Generali-Providencia Biztosító Részvénytársaság székhelye: 1066 Budapest, Teréz krt.42-44. További igényeivel, esetleges problémáival keresse fel a Generali-Providencia Biztosító Rt. Önhez legközelebbi kirendeltségét, melynek címét megtalálja a mindenkori díjelszámolás lapján vagy forduljon bizalommal a Generali TeleCenterhez a következő telefonszámon: 06-40/200-250, ahol kollégáink készséggel állnak rendelkezésére.

A termékről

A Generali-Providencia Biztosító Rt. **Exkluzív egészségbiztosítás** terméke komplex védelmet nyújt ügyfelei számára műtéti beavatkozás, kórházi ápolás, ambuláns vizsgálatok bekövetkezése, és kiemelt kockázatú betegségek diagnosztizálása esetén.

A biztosító szolgáltatása egyedülállóan ötvözi a hagyományos összegbiztosítást a költségátvállalás szolgáltatással, amely az éves szolgáltatási limit keretein belül a legmagasabb igények szerint is fedezni tudja egy magánkórházban felmerülő költségeket.

Budapesten és országsszerte a biztosítóval szerződött átlagot meghaladó színvonalú természetbeni szolgáltatásokat nyújtó kórházak körét folyamatosan bővítjük, a változásról levélben tájékoztatjuk.

Ügyfeleink évente egy alkalommal ingyenes kontroll szűrővizsgálaton vehetnek részt egészségük megőrzése, illetve a betegségek korai felismerése érdekében.

A termék egy zárt csomagot tartalmaz, egyedi igények alapján azonban bármilyen baleset- és egészségbiztosítási kockázattal, illetve kockázati életbiztosítással kiegészíthető.

A biztosítási védelem 24 óras és az egész világra kiterjed, kivéve az egészségügyi költségtérítést, amelynek szolgáltatásait ügyfeleink csak a Magyarországon vehetik igénybe.

Azt, hogy Ön biztosítási védelem alatt áll, az adatait tartalmazó **Exkluzív egészségbiztosítás kártya** igazolja, amit a természetbeni (költségátvállalás) szolgáltatás igénybe vételekor minden esetben kérés nélkül fel kell mutatni a szolgáltatónak.

Kérjük, hogy figyelmesen tanulmányozza át az ügyféltájékoztatót és a biztosítási szerződése részét képező biztosítási feltételeket, hogy Ön előtt is egyértelmű és világos legyen, milyen betegségekre és balesetekre nyújt, illetve nem nyújt a megkötött szerződése védelmet!
Külön felhívjuk figyelmét arra, hogy a biztosítási feltételekben foglaltak szerint bizonyos esetekben a biztosító nem szolgáltat!

Mit és hogyan kell kitölteni

Kérjük, hogy az ajánlatot, az ajánlati betétlapot és az egészségi nyilatkozatot olvashatóan töltsse ki, és minden feltett kérdésre válaszoljon, majd a megjelölt helyeken írja alá.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy amennyiben Ön nem a valóságnak megfelelően válaszol a kérdésekre, akkor közlési kötelezettséget sért, amelynek következtében a biztosító mentesülhet a térítési kötelezettsége alól, illetve felmondhatja a szerződést, amint valamilyen meglévő és a biztosító kockázatvállalását lényegesen befolyásoló be nem vallott tény a biztosítási szerződés tartama alatt a tudomására jut.

Ki lehet biztosított

Biztosított lehet minden nagykorú külföldi és magyar állampolgár, aki már betöltötte 18. életévét, de még nem érte el az 55. életévét, illetve családi kötés esetén az a kiskorú gyermek is, aki betöltötte már 3. életévét és törvényes képviselője (szülő/k) szintén biztosítottja(i) a szerződésnek.

A biztosítás tartama

A biztosítás határozott tartamú, egyéni (családi) kötés esetén 10 év, a cégek által történő szerződéskötés esetén 1 év.

Mit kell tudni a biztosítási díjáról

A biztosítás éves díjú, mely havi részletekben is fizethető. Negyedéves, féléves és éves kiegyenlítés esetén a biztosító díjfizetési kedvezményt ad. A biztosítási díj kiszámítása a biztosító díjszabása alapján történik, figyelembe véve a biztosított nemét, belépési életkorát, egészségi állapotát, foglalkozását, tevékenységét, valamint a biztosítás tartamát és a biztosítási szolgáltatásokat.

Minden biztosított a szerződés megkötése előtt kötelező orvosi szűrővizsgálaton vesz részt, melynek figyelembe vételével a biztosító kockázatelbírálást végez. A kockázatelbírálás alapján a biztosító nehezítéseket (pótlékokat) és kizárásokat alkalmazhat.

A biztosítási védelem értékének megőrzése

A szerződő az ajánlaton a díjgazdáltsággal biztosítja, hogy a választott biztosítási védelem, illetve a biztosító szolgáltatásai a biztosítási szerződés tartama alatt értéküket megőrizték.

Mi történik, ha a biztosítás tartama alatt a szerződő az esedékes díjat nem fizeti be

Ha a szerződő az esedékesség időpontjáig nem egyenlíti ki a biztosítási díjat, az esedékességtől számított 30. nap elteltével a szerződés megszűnik, ha addig a hátralékos díjat nem fizették be, tehát a biztosító kockázatviselése is ebben az időpontban ér véget.

A szerződő a szerződés megszűnését követő 3 hónapon belül írásban kérheti a szerződés reaktíválását. A biztosítónak jogában áll kockázat-elbírálást végezni, illetve a kérelmet elfogadni vagy elutasítani.

Mikor kezdődik a kockázatviselés

A biztosítási szerződés az azt követő nap 0. órájától lép hatályba, amikor a szerződő a biztosítás első díját befizette, feltéve, hogy a szerződés létrejön. A biztosítási szerződésben a biztosító 2 hónap várakozási idő köt ki. A biztosító kockázatviselése a várakozási idő alatt részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesettel okozati összefüggésben álló biztosítási eseményekre terjed ki.

Mire nem terjed ki a biztosítási védelem

A biztosítási védelem nem terjed ki a biztosítás kezdete előtt bekövetkezett balesetek vagy betegségek következményeire, a terhesség miatti vagy nem a biztosított saját egészségi állapotával összefüggő eseményekre, a nem gyógykezelés jellegű (pl.rehabilitáció, gyógytorna, plasztikai sebészet, stb.) eseményekre. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól, ha a baleset bekövetkeztében közrehatott a biztosított alkoholos állapota, kábítószer, kábító hatású anyag fogyasztása, vagy a biztosított olyan gépjárművet vezetett, amelynek nem volt érvényes forgalmi engedélye, vagy amelynek vezetéséhez szükséges érvényes vezetői engedéllyel nem rendelkezett. A biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegése esetén is. A biztosított a baleset következményeinek elhárítása, illetőleg enyhítése során úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben elvárható. A biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás teljesítése alól abban az esetben, ha a szerződő vagy a biztosított közlési illetve változás bejelentési kötelezettséget sértett.

Milyen korlátok, limitek vannak az egyes biztosítási szolgáltatásokra

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a biztosító szolgáltatása éves szolgáltatási limitet tartalmaz, **ezen belül** biztosítási évenként (kockázatonként) a természetbeni kórházi ellátást vagy kórházi napi térítés biztosítási összeget legfeljebb 150 kórházi ellátási napra, műtéti térítés esetén a hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeg háromszorosát, költségtérítés esetén legfeljebb a hatályos kötvényben rögzített biztosítási összeget téríti meg a biztosító.

Kiemelt kockázatú betegség diagnosztizálása esetén, az éves szolgáltatási limiten belül, a hatályos kötvényben szereplő biztosítási összeget a biztosító kifizeti, és ezzel a biztosítási védelem megszűnik erre a kockázatra (valamennyi kiemelt kockázatú betegségre) vonatkozóan. A biztosító a biztosítási összeget csak egyszer téríti akkor is, ha több betegség együtt vagy egymást követően lép fel.

A biztosító szolgáltatásának módja és mértéke

A biztosító szolgáltatása attól függően, hogy a biztosított a szolgáltatást a biztosítóval szerződött magánkórházban és kórházban, vagy a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe költségvállalás vagy biztosítási összeg, melyet az alábbi táblázat foglal össze:

Biztosítási szolgáltatások	szolgáltatás módja a biztosítóval		
	szerződött		nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál
	magánkórházban	kórházban	
kórházi fekvőbeteg ellátás	költségvállalás	költségvállalás	biztosítási összeg
műtéti térítés	költségvállalás	biztosítási összeg	biztosítási összeg
kiemelt kockázatú betegségek diagnosztizálása	biztosítási összeg	biztosítási összeg	biztosítási összeg
egészségügyi költségtérítés	biztosítási összeg	biztosítási összeg	biztosítási összeg

A biztosító a biztosítóval szerződött magánkórházban és kórházban a kórházi fekvőbeteg ellátás keretében kizárólag természetbeni szolgáltatást nyújt, mely a magasabb színvonalú kórházi elhelyezés, kórházi ellátás és az igény szerinti kórházi étkezés megszervezésére és költségeinek finanszírozására terjed ki, feltéve, hogy a biztosított legalább egy napot – az éjszakát is – fekvőbetegként a kórházban tölti. A biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltató igénybe vétele esetén a biztosító szolgáltatása biztosítási összeg, melynek mértéke szempontjából a kórházban töltött napok száma a meghatározó úgy, hogy az egy napra járó biztosítási összeget meg kell szorozni a kórházban töltött napok számával.

A biztosítóval szerződött magánkórházban műtéti beavatkozás esetén a biztosító szolgáltatása a műtéti költségek átvállalása, kivéve azokat az eseteket, amelyekre nem terjed ki a biztosítási védelem.

A biztosítóval szerződött kórházban és a biztosítóval nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál a műtéti térítés mértékét az elvégzett műtét WHO kódja – az a megjelölés, amelyet, a műtétet végző orvos minden esetben rávezet a műtéti leírásra – határozza meg, az adott műtetre fizetendő térítés a biztosítási összeg meghatározott százaléka (ez 25%, 50%, 100%, akár 200%-os is lehet).

A feltételekben szereplő valamely kiemelt kockázatú betegség diagnosztizálása esetén a biztosítási összeget a biztosító kifizeti, és ezzel a biztosítási védelem megszűnik erre a kockázatra (valamennyi kiemelt kockázatú betegségre). Biztosítási esemény a szívinfarktus, rosszindulatú daganat, agyérkatasztrófa (feltétel a 60 napon túl fennmaradó egészségkárosodás), krónikus veseelégtelenség (feltétel a 60 napon túl is szükséges dialízis kezelés), szívkoszorúműtét, szervátültetés, AIDS, illetve az ezen okból bekövetkező halálozás. A biztosító a biztosítási összeget csak egyszer téríti akkor is, ha több betegség együtt vagy egymást követően lép fel.

A biztosító az egészségügyi költségtérítés keretében megtéríti a kizárólag Magyarországon felmerülő, számlával igazolt és más módon meg nem térülő (pl. társadalombiztosítás) alábbi költségeket:

- a biztosítási összeg 50%-nak erejéig megtéríti az ambuláns vizsgálat, kezelés, laborvizsgálat és fogászati kezelés költségeit,
- további 50%-nak erejéig a rehabilitációs költségeket, gyógyászati segédeszköz költségeket, mentési és szállítási költségeket.

Nem kerülnek térítésre az olyan jellegű költségek, mint pl. üdülési költség, a gyógyszer vagy az üdítő.

Családi biztosításnál ez a biztosítási összeg „átruházható” (pl. szülő biztosítási összegét használhatják fel a gyermeknél felmerült költségek fedezésére), kollektív szerződés esetén a költségtérítés „összevonható”.

Mit kell tennie, ha adatai változnak, vagy biztosítási esemény következik be

Az ajánlattételkor közölt adataiban bekövetkező változásokat 15 napon belül jelentse be a biztosítónak!

Szolgáltatási igényét a biztosítási szerződési feltételekben meghatározott módon jelentse be a biztosítónak, a biztosító pedig a feltételekben meghatározott módon és határidőn belül szolgáltatást nyújt Önnek.

Költségátvállalás (természetbeni) szolgáltatás igénybe vétele esetén az „Engedményező nyilatkozat”-ot a kórházi felvételtől azonnal töltse ki (a nyomtatványt a kórház adja át Önnek) és segítségükkel 24 órán belül juttassa el a biztosítóhoz. Az Engedményező Nyilatkozat kitöltésével a kedvezményezett (a biztosított) a biztosító szolgáltatásáról engedményezés útján lemond a biztosítóval szerződött magánkórház és kórház javára, így az igénybe vett szolgáltatások térítési díját a biztosító közvetlenül a szolgáltatónak utalja át.

Összebiztosítás szolgáltatást nyújtó biztosítási esemény bekövetkezése esetén töltse ki a biztosító kirendeltségein átvehető szolgáltatási igény bejelentőt, és adja le az Önhöz legközelebb eső kirendeltségen. Ehhez csatolni kell a bejelentő lapon illetve a biztosítási feltételekben az adott szolgáltatással kapcsolatban felsorolt dokumentumokat.

Kérjük, hogy terméktájékoztatónkat őrizze meg, mert hasznos információkat tartalmaz és megkönnyíti az egészségügyi szolgáltatások igénybe vételét.