

A kiegészítő biztosítást a szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. élet- és nyugdíjbiztosításai (továbbiakban alaptbiztosítás) mellé kötheti meg.

1. A biztosított

- 1.1. Az a természetes személy, akinek a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttekor az életkora a 18. évet elérte, de nem haladta meg a 64. évet, valamint megfelel a biztosító kockázatvállalási feltételeinek.
- 1.2. A biztosítás megköthető egy vagy két biztosítottra is. Amennyiben két biztosítottra kötik, az egyiküknek azonosnak kell lennie az alaptbiztosítás biztosítottjával.

2. A biztosítás tartama

- 2.1. A biztosítás határozott, legalább 1 éves tartamra köthető.
- 2.2. Meglévő alaptbiztosítás mellé a kiegészítő biztosítás az alaptbiztosítás évfordulóján tartam közben is megköthető, feltéve, hogy a biztosított az ajánlatot elfogadja és az alaptbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

3. A kiegészítő biztosítás kezdete

- 3.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alaptbiztosítás egyidejűleg kötötték – megegyezik az alaptbiztosítás kezdetével.
- 3.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alaptbiztosítás tartama alatt kötötték, az alaptbiztosítás évfordulójának napjával megegyező nap.
- 3.3. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége

4. A kiegészítő biztosítás megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik:

- a) az alaptbiztosítási szerződés lejáratának napjával, illetve a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló közül a korábbi dátummal,
- b) a biztosított halálának napján,
- c) jelen kiegészítő biztosítás felmondása esetén a biztosítási időszak utolsó napján,
- d) az alaptbiztosítási szerződés bármely okból való megszűnése esetén az alaptbiztosítással egyidejűleg,
- e) az alaptbiztosítás díjmentes leszállítása esetén a díjmentes leszállítás hatályát megelőző napon,
- f) rendes felmondással a biztosítási időszak végére, azt megelőzően legkésőbb 30 nappal írásban.

5. A biztosítás díja

- 5.1. A biztosítás díjfizetési időszaka egy év.
- 5.2. A biztosítás díja az alaptbiztosítás díjával azonos díjfizetési gyakorisággal, az alaptbiztosítás díjával együtt fizetendő a teljes tartam alatt, de legfeljebb a biztosított haláláig.

6. Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül **a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett**, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegség miatt a beteg gyógyulása érdekében szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, amelyet a szakorvos rendel el.

6.1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfiás diagnosztika)

A biztosított olyan betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

6.2. Cardio CT (tomográfiás diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is, és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok nem mutatják ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.

6.3. MR (Mágneses rezonancia diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

6.4. CT (computer tomográf: számítógépes rétegvétel diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

6.5. Várakozási idő

A biztosító a vizsgálatokra vonatkozó szolgáltatásának igénybevételére egy hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.

7. A biztosító szolgáltatása

7.1. A biztosító az 6. pontban meghatározottak szerint szükségessé váló vizsgálatokat megszervezi, és azok díját közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak megtéríti az éves szolgáltatási limit erejéig. Az éves szolgáltatási limit 250 000 Ft.

A biztosító a szolgáltatás lebonyolítására ellátásszervezőt vesz igénybe. Az ellátásszervező egészségügyi szolgáltatásokkal áll szerződéses kapcsolatban.

A szolgáltatás megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében orvosa, vagy magánorvos, vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a szükséges (szak)orvosi véleménnyel. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.

7.2. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.

7.3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató esetében a biztosító az ellátásszervező előzetes engedélye alapján és az általa meghatározott összeg erejéig téríti meg az ellátás költségeit a biztosítottnak utólag, számla ellenében.

7.4. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitekből rendelkezésére álló összegekről a 7.1. pontban meghatározott bejelentkezéskor.

7.5. Amennyiben a biztosított az adott ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.

8. A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon. A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, megfelelő tartalmú, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentáció. A dokumentáció hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül sor kerül a kifizetésre a 7. pont szerint.

9. A biztosító szolgáltatásából kizárt kockázatok

A biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:

- az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén,
- amennyiben az orvosi beutaló nem tartalmazza a beutaló orvos pecsétjét,
- amennyiben az orvosi képkalkító diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi beutalót nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervező engedélyével történő,
- amennyiben egy, már a kockázatviselés kezdetekor is fennálló megbetegedés miatt kerülne sor a szolgáltatásra.

10. Az ellátásszervező felelőssége

Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.

Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételt, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé

tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a beutaló orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi beutaló a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.

Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

11. A szolgáltatás igénybevétele

Az ellátásszervező az Advance Medical Hungary Kft.
(1085 Budapest, Baross utca 22.).

Amennyiben szakorvos a jelen feltételek 6.1-6.4. pontjában felsorolt képalkotó diagnosztikai vizsgálatokat rendeli el, fel kell hívni a (+36-1) 461-1571 telefonszámot, ahol az ellátásszervező az igénynek megfelelő vizsgálatot megszervezi a biztosított részére 5 napon belül.

A vizsgálat igénybevételét követően az egészségügyi szolgáltatónak a biztosító fizeti ki az ellátás költségét, kivéve a 7.3. pont esetén.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.