

A Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra szóló kiegészítő biztosítási szerződés (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) jelen kiegészítő biztosítási feltételek, valamint az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Általános Életbiztosítási Feltételei / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz alapján jön létre.

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

1. A biztosított

- 1.1. Az a természetes személy, akinek a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttékor az életkora a 18. évet elérte, de nem haladta meg a 64. évet, valamint megfelel a biztosító kockázatvállalási feltételeinek.
- 1.2. A kiegészítő biztosítás biztosítottja megegyezik az alapbiztosítás biztosítottjával. A biztosítás két biztosítottra is megköthető, amennyiben azt az alapszerződés feltételei lehetővé teszik. Ez esetben az egyik biztosítottnak azonosnak kell lennie az alapbiztosítás biztosítottjával.

2. A biztosítás tartama

- 2.1. **A biztosítás határozott, legalább 1 évre, de legfeljebb az alapszerződés tartamával megegyező tartamra köthető.**
- 2.2. Meglévő alapbiztosítás mellé a kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás évfordulóján tartam közben is megköthető, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja és az alapbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

3. A kiegészítő biztosítás kezdete

- 3.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alapbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapbiztosítás kezdetével.
- 3.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alapbiztosítás tartama alatt kötötték, az alapbiztosítás 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 alapbiztosítási szerződés lejáratának napjával, illetve a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évforduló közül a korábbi dátummal,
- b) a biztosított halálának napján,
- c) az alapbiztosítási szerződés bármely okból való megszűnése esetén az alapbiztosítással egyidejűleg,
- d) az alapbiztosítás díjmentes leszállítása esetén a díjmentes leszállítás hatályát megelőző napon,
- e) 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 alapbiztosítás díjával azonos díjfizetési gyakorisággal, az alapbiztosítás díjával együtt fizetendő a teljes tartam alatt, de legfeljebb a biztosított haláláig.

6. Értékkövetés

- 6.1. A kiegészítő biztosítás díja az alapbiztosítás díjával egyidejűleg a biztosítási évfordulón indexálódik, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad.
- 6.2. A kiegészítő biztosítás szolgáltatása a díjkalkulációs elveknek megfelelően, a díjjal nem azonos mértékben nő az indexálásban.
- 6.3. Az alapbiztosítást és a kiegészítő biztosítást egymástól függetlenül indexálni nem lehet.

7. 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 gyógyítása érdekében szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, amelyet a szakorvos rendel el.

7.1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika)

A biztosított olyan betegsége miatt szükségessé váló orvosi diag-

nosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

7.2. Cardio CT (tomográfias 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.

7.3. 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.

7.4. 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.

7.5. Várakozási idő

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

8. A biztosító szolgáltatása

8.1. A biztosító a 7. 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 szolgáltatókkal 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.

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

8.3. 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.

8.4. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitekből rendelkezésére álló összegekről a 8.1. pontban meghatározott bejelentéskor.

8.5. 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.

9. 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 8. pont szerint.

10. 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 képpalkotó 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 történt,
- amennyiben egy, már a kockázatviselés kezdetekor is fennálló megbetegedés miatt kerülne sor a szolgáltatásra.

11. 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 teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

12. A szolgáltatás igénybevétele

Az ellátásszervező az Advance Medical Hungary Kft. (1092 Budapest, Köztelek utca 6.).

Amennyiben szakorvos a jelen feltételek 7.1.-7.4. 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 8.3. pont esetén.

13. Fedezetfeltöltés

Jelen kiegészítő biztosítás vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

14. Egyéb rendelkezések

14.1. Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjoggal.

14.2. Jelen kiegészítő biztosítás nem reaktiválható.

14.3. Jelen biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Feltételek / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz rendelkezései az irányadók. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér az Általános Életbiztosítási Feltételekben / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz dokumentumban foglaltaktól, e szerződési feltételek az irányadók

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.