

Jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. PrivateMed Next egészségbiztosítást kiegészítő Care biztosításaira hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Kiegészítő Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító PrivateMed Next egészségbiztosítás Általános és Különös Biztosítási Feltételei az irányadók. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér az Általános és Különös Biztosítási Feltételekben foglaltaktól, úgy jelen Kiegészítő Feltételekben foglaltak az irányadók.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyféltájékoztató elemei **vastag betűvel**, míg a Ptk.-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek *dőlt betűvel* szedettek.

1. A biztosított

1.1. Az a természetes személy, aki a PrivateMed Next egészségbiztosítás (a továbbiakban: alpbiztosítás) biztosítottja, és a jelen kiegészítő biztosítás létrejöttékor **az életkora a 16. évet elérte, de nem haladta meg a 65. évet.**

1.2. **A biztosított életkora a kiegészítő biztosítás tartamának lejártakor legfeljebb 70 év lehet.**

1.3. **Nem lehet biztosított olyan személy, akinél a biztosítás kezdetét megelőzően bármikor már rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.**

2. A kiegészítő biztosítás tartama

2.1. A biztosítás **határozott, legalább 1 éves tartamra köthető.**

2.2. A kiegészítő biztosítás megköthető az alapszerződéssel egyidejűleg vagy meglévő alpbiztosítás mellé, az alpbiztosítás évfordulóján tartam közben is megköthető, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja és az alpbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

3. A kiegészítő biztosítás kezdete

3.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alpbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alpbiztosítás kezdetével (PrivateMed Next Általános Biztosítási Feltételek 6. pont).

3.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alpbiztosítás tartama alatt kötötték, az alpbiztosítás évfordulójának napjával megegyező nap.

3.3. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.

4. Várakozási idő

A biztosító a kockázatviselés kezdetére 15 nap várakozási időt köt ki.

5. A biztosító kockázatviselése

5.1. Jelen kiegészítő biztosítás 3.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alpbiztosítás kockázatviselésének kezdetével.

5.2. Jelen kiegészítő biztosítás 3.2. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alpbiztosítás évfordulójának napjával.

5.3. Az Általános Biztosítási Feltétel 6. pontjában foglaltakon túlmenően **megszűnik a biztosító kockázatviselése a járadékfizetés megkezdését követően.**

6. A biztosítás megszűnése

6.1. **A biztosítás megszűnik az Általános Biztosítási Feltételek 8. pontjában foglaltakon túlmenően:**

- a) a biztosított **70. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján 0:00 órakor,**
- b) a PrivateMed Next szerződés bármely okból való megszűnése esetén azzal egyidejűleg,
- c) a 7.1. pontban leírtak szerint, ha a szerződő a díjmódosítást nem fogadta el,
- d) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével, vagy a járadékszolgáltatás tartamának végével.

6.2. A 6.1. a) és d) pontban foglalt esetben ugyanilyen biztosítási eseményre szóló biztosítás újra nem köthető.

7. A biztosítás díja

Az Általános Biztosítási Feltételek 9. és 21. pontjában leírtakon túlmenően jelen kiegészítő biztosításra az alábbiak érvényesek:

7.1. **A biztosító a díjat az orvosi technika, valamint a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős változása miatt évente felülvizsgálhatja és új díjkalkuláció, illetve díjszabás alapján új díjtételt állapíthat meg. A módosítás mértékéről a biztosító az új díj érvénybe lépése előtt 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójával kezdődően érvényes a következő évfordulóig.**

Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, és az erre vonatkozó nyilatkozatát az új díj életbelépése előtt 30 nappal megküldi a biztosítónak, akkor a biztosítás megszűnik az első emelt díj esedékességének napján 0:00 órakor.

7.2. **Írásbeli nyilatkozat hiányában a módosított díj a módosítást követő biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan hatályba lép.**

8. A biztosítási esemény

8.1. **Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett megbetegedésével összefüggésben**

- a) felállított rosszindulatú daganatos betegségének diagnózisa, és
- b) a betegségre irányuló kezelések megkezdése.

8.2. Rosszindulatú daganat: olyan elváltozás, amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása és áttétképződés jellemez.

8.3. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja – az egyösszegű kifizetés és az életvitelt könnyítő szolgáltatások vonatkozásában a végleges diag-

nóvizist leíró orvosi dokumentum kiállításának időpontja. A betegség végleges diagnózisának felállítása a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása és/ vagy az onko-team véleményének dokumentációja alapján történik. – a járadékszolgáltatás vonatkozásában a kezelés megkezdésének időpontja, azaz az első kezelés megtörténtét leíró orvosi dokumentum kiállításának dátuma. 8.4. Jelen feltételek vonatkozásában kezelésnek minősülnek a hagyományos, orvos szakmailag elismert kezelési módszerek, eljárások és protokollok (sebész, gyógyszeres, kemoterápia, sugár-, biológiai vagy immunterápia; kuratív és palliatív kezelések egyaránt) alkalmazása és követése. 9. Kizárt kockázatok Az Általános Biztosítási Feltételek 15. pontjában foglaltakon túlmenően nem biztosítási esemény: 9.1. a jóindulatú tumor, amelyet a nemzetközi protokoll annak nevez, 9.2. a Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedése esetén, illetve az emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok, 9.3. amennyiben a diagnosztikai vizsgálatok a szerződés kezdetét megelőzően, vagy a várakozási idő alatt kezdődtek meg. 10. A biztosító szolgáltatásai 10.1. Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak, a biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó, egyszeri, 1 000 000 Ft biztosítási összeget (egösszegű kifizetés szolgáltatás). 10.2. Amennyiben a biztosítottnál megkezdődik a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegségre irányuló, a 8.4. pontnak megfelelő kezelések valamelyike, a biztosító teljesíti a biztosítottra vonatkozó havi 50 000 Ft járadékfizetést (járadék szolgáltatás) 18 hónapon keresztül – a kezelés tartamától függetlenül –, de legfeljebb a biztosított haláláig. 10.2.1. Az első havi járadék kifizetésére a 11. pontban meghatározott dokumentumok beérkezését követő 15 napon belül kerül sor. A további járadékot minden hónap 15. napjáig fizeti ki a biztosító a biztosítottnak. 10.2.2. Amennyiben a biztosított a járadékfizetés tartama alatt meghal, a biztosító a biztosított halálának hónapját követő hónaptól már nem teljesíti a járadékszolgáltatást. 10.3. Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak, a biztosító a limit erejéig számla ellenében, utólagos térítéssel kifizeti a biztosított által a megbetegedése következtében kialakult állapot javítása érdekében igénybevett alábbi kiegészítő gyógyászati tevékenységek, nem konvencionális gyógyászati módok költségét (életvitelt könnyítő szolgáltatások): a) Orvos által végezhető gyógyászati módok: – szakorvosi vizitek, – homeopátia,	– hagyományos kínai orvoslás (ezen alapuló egyéb technikák), – indiai (ajurvédikus) gyógyászati eljárások, – méregtelenítő módok, – tibeti gyógyító eljárások, – pszichológiai eljárások, – neuráalterápia. b) Szakképesítéssel végezhető tevékenységek: – fizioterápia, – pszichológia, – dietetika, – akupresszúra, – keleti mozgás- és masszázsterápia, – manuáalterápia (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta által is végezhető), – életmód oktatás és tanácsadás, – reflexzóna terápia – orvosi tetoválás. Az életvitelt könnyítő szolgáltatások egy rosszindulatú daganatos betegséghez kapcsolódóan legfeljebb a biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének végéig és legfeljebb 100 000 Ft-ig vehetők igénybe. 10.4. <i>A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.</i> 10.5. Amennyiben szolgáltatási igény bejelentésekor derül ki, hogy a biztosítottal nem lehetett volna megkötni jelen kiegészítő biztosítást, a biztosító visszafizeti a szerződőnek a befizetett díj 100%-át. 11. A biztosító teljesítése A szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a PrivateMed Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei 16. pontjában meghatározottakon kívül az alábbi dokumentumokat kell benyújtania: 11.1. A 10.1. pont szerinti szolgáltatás igénylése esetén: az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és a végleges diagnózist tartalmazó dokumentum másolatát vagy elektronikus verzióját (lelettel, zárójelentéssel, onko-team véleménynel), amelynek tartalmaznia kell a rosszindulatú daganatos betegségre vonatkozó diagnózist és a szövettani leletet, vagy utóbbi hiányában a szöveti mintavétel nélkül végzett sebész beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist. 11.2. A 10.2. pont szerinti havi járadék kifizetésének megkezdéséhez: az onkológus kezelőorvos kezelési tervének és az első kezelés megtörténtéről szóló orvosi dokumentumnak a másolatát vagy elektronikus verzióját. 11.3. A 10.3. szolgáltatások esetén a 11.1. pontban leírt orvosi dokumentumokon kívül a biztosított nevére szóló, az igénybevett ellátásról kiállított számlát kell benyújtani. Egészségpénztár nevére szóló számlát nem térít meg a biztosító. 11.4. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb egy éven belül. 11.5. A szolgáltatási összeget – amennyiben azok a jelen feltétel 11.1.-11.3. pontban meghatározottaknak
--	--

megfelelnek – a beérkezéstől számított 15 napon belül a biztosító elutalja a biztosítottnak az általa megadott számlaszámra.

12. Eltérés a Ptk. rendelkezéseitől, illetve a szokásos szerződési gyakorlattól

- a szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen szerződési feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került (10.4. pont).

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.