

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

Jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító a PrivateMed Next egészségbiztosításának Általános Biztosítási Feltételei és a PrivateMed Next egészségbiztosításának 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 létrejöttkor **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, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja és az alpbiztosítás az évforduló után díjfigyeltéssel 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 díjfigyeltés 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 kez-

dete 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 Feltételek 6. pontjában foglaltakon túlmenően **megszűnik a biztosító kockázatviselése a járadékfigyeltés 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 járadékfigyeltés 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 panaszával/ megbetegedésével összefüggésben**

a) felmerült rosszindulatú daganatos betegség orvosiilag alátámasztott gyanúja és/vagy bekövetkezett rákos megbetegedése (rosszindulatú daganata), valamint

b) az arra irányuló kezelésének megkezdése.

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

8.3. A tünetek, panasz alapján a rosszindulatú daganat gyanúját az adott típusú daganat kivizsgálásának szakorvosa valamely, adott daganatra specifikus diagnosztikai vizsgálat alapján állapítja meg (kiv. 8.4.). 8.4. Melanoma malignum gyanú esetében a daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálatot bőrgyógyász szakorvos melanoma malignum gyanúja miatti további kivizsgálást előírányozó szakvéleménye helyettesíti. 8.5. A panasz nélkül, szűrővizsgálat jelleggel végzett tumormarker vizsgálat eredménye nem tekintendő daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálatnak. 8.6. A hagyományos, nyugati orvoslás által nem elfogadott vizsgálatok (pl. hőterkép, biorezonancia, stb.) jelen feltétel vonatkozásában nem tekintendők daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálatnak. 8.7. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: 8.7.1. a daganatdiagnosztikai szolgáltatások vonatkozásában a betegség orvosi alátámasztott gyanújáról szóló orvosi dokumentum kiállításának napja, 8.7.2. az egyösszegű kifizetés szolgáltatás és az életvitelt könnyítő szolgáltatások vonatkozásában a végleges diagnózist 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. 8.7.3. a járadékszolgáltatás vonatkozásában a kezelés megkezdésének időpontja, azaz az első kezelés megtörténtét leíró orvosi dokumentum kiállításának dátuma. Jelen feltételek vonatkozásában kezelésnek minősül a hagyományos, 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 Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén, illetve emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok, 9.2. a bőrrák-gyanú, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum), 9.3. a genetikai vizsgálatra alapozott daganat gyanú, 9.4. amennyiben a diagnosztikai vizsgálatok a szerződés kezdetét megelőzően, vagy a várakozási idő alatt kezdődtek meg. 10. A biztosító szolgáltatása 10.1. Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt rosszindulatú daganatos betegség orvosi megállapított gyanúja merül fel, a biztosító megszervezi a betegség korai felismerése és a diagnózis megállapítása érdekében igénybevetett daganatdiagnosztikai egészségügyi szolgáltatásokat és a limit erejéig közvetlenül a szolgáltatónak megtéríti azok költségét (daganatdiagnosztikai szolgáltatás). 10.2. A daganatdiagnosztikai szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató jogosult a biztosítottra vonat-	kozó orvosi dokumentumok alapján a szolgáltatás jogalapjának megítélésére. 10.3. A daganatdiagnosztikai szolgáltatás egy rosszindulatú daganatos betegséghez kapcsolódóan legfeljebb a biztosító jelen kiegészítő biztosításra vonatkozó kockázatviselésének végéig, és legfeljebb 2 000 000 Ft-ig vehető igénybe. 10.4. Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak, a biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó, egyszeri, 1 000 000 Ft biztosítási összeget (egyösszegű kifizetés szolgáltatás). 10.5. Amennyiben megkezdődik a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegsége iránuló, a 8.7.3. pontnak megfelelő kezelések valamelyike, a biztosító teljesíti a biztosítottra vonatkozó havi 150 000 Ft járadékfizetést (járadék szolgáltatás) 18 hónapon keresztül – a kezelés tartamától függetlenül –, de legfeljebb a biztosított haláláig. 10.5.1. 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. 10.5.2. Amennyiben a biztosított a járadékfizetés tartama alatt meghal, a biztosító a biztosított halálának hónapját követő hónaptól már nem teljesíti a járadékszolgáltatást. 10.6. 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 igénybevetett 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 200 000 Ft-ig vehetők igénybe.
---	---

10.7. <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> 10.8. Amennyiben szolgáltatási igény bejelentésekor derül ki, hogy a biztosítottra 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 daganatdiagnosztikai szolgáltatás igénybevételéhez: a biztosított az ellátásszervezőnél jelzi szolgáltatási igényét online vagy telefonon. Az igénybejelentéshez be kell nyújtani a jelen feltételek 11.2. pontjában meghatározott dokumentumokat. 11.2. A 10.4. 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 véleménnyel), amelynek tartalmaznia kell a rosszindulatú daganatos betegségekre vonatkozó diagnózist és a szövettani leletet, vagy utóbbi hiányában a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist. 11.3. A 10.5. pont szerinti havi járadék kifizetésének megkezdéséhez: az onkológus kezelőorvos kezelési tervének és az első kezelés megtörténtéről szóló orvosi dokumentumnak a másolatát vagy elektronikus verzióját. 11.4. A 10.6. szolgáltatások esetén a 11.2. 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. 11.5. A dokumentumokat a biztosító ellátásszervező partnere címére kell megküldeni az ellátást követő legfeljebb egy éven belül. 11.6. A szolgáltatási összeget – amennyiben azok a jelen feltétel 11.2.-11.4. 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 (10.7. pont). UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.	
---	--