

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. PrivateMed Next egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték. Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító PrivateMed Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Biztosítási Feltételek). A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyfélértékelő elemi vastag betűvel, míg a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek *dőlt betűvel* szedettek.

1. A biztosítási esemény és a biztosító szolgáltatása

1.1. Járóbeteg-szakellátás

1.1.1. Biztosítási eseménynek minősül a **biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása**, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

1.1.2. Biztosítási eseménynek minősül a **biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével** (ide értve a krónikus betegségeket is) **illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása is**, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

1.1.3. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.**

1.1.4. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás.**

1.1.5. **Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhessege. Ha a terhessege a kockázatviselés kezdetét követően jött létre, akkor a biztosító a terhesseggel összefüggésben összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálatokhoz tartozó, a hatályos orvosszakmai protokoll által előírt ultrahang vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a 3D, 4D és 5D ultrahang vizsgálatokra és a magzati szív ultrahangra, sem pedig a terhesseggel kapcsolatos laboratóriumi vagy egyéb diagnosztikai vizsgálatokra (pl. NST/CTG).**

1.1.6. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.

1.1.7. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.1.8. **Házivizit szolgáltatást kizárólag sürgős (de nem életveszélyes) esetben, Budapest és 20 km-es körzetében nyújt a biztosító. A házivizit igénybevétele minden esetben – tehát akkor is, ha egyébként a biztosítás nem önrésszel jött létre – önrész megfizetéséhez kötött. Az önrész összege a házivizit költségének 30%-a, de minimum 10 000 Ft. Az önrész összegét a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti. A szolgáltatás igénybevételével kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.**

1.2. Diagnosztikai vizsgálatok

1.2.1. Biztosítási eseménynek minősül a **biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével** (ide értve a krónikus betegségeket is) **illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.**

1.2.2. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos kontrollvizsgálata. Kontrollvizsgálat alatt a biztosító a rendszeres, nem panasz által indikált, meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapot monitorozását, a kezelés hatékonyságának ellenőrzését, szükség esetén a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.**

1.2.3. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.**

1.2.4. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.

1.2.5. A biztosító szolgáltatása, hogy **ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**

1.3. Nagyértékű diagnosztika

1.3.1. Biztosítási eseménynek minősül a **biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt, nem szűrővizsgálati célból szakorvos által elrendelt, az alábbiakban felsorolt diagnosztikai vizsgálata:**

- PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika)
- Cardio-CT (tomográfias diagnosztika)
- MR (mágneses rezonancia diagnosztika)
- CT (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika)
- Endoszkópos vizsgálatok.

1.3.2. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett nagyértékű diagnosztikai vizsgálat napja.

1.3.3. A biztosító szolgáltatása, hogy **ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**

1.4. Egnapos sebészeti ellátás

1.4.1. Biztosítási eseménynek minősül a **biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkezett balesete vagy a kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében felmerülő egnapos sebészeti ellátása**, amennyiben az orvos-szakmailag indokolt.

1.4.2. **A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre, ha az egnapos sebészeti ellátás alatt vagy utána olyan, a műtéttel összefüggő szövődemény következik be, amely a biztosítottnak a tervezettnél hosszabb ideig tartó, akár más intézményben történő kórházi ellátását vagy a tervezettnél eltérő orvosi ellátását igényli.**

1.4.3. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett egnapos sebészeti ellátás napja.

1.4.4. A biztosító szolgáltatása, hogy **ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**

1.5. Második orvosi vélemény

1.5.1. Biztosítási esemény a **biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége kapcsán felmerülő második orvosi vélemény szolgáltatás iránti igénye.**

1.5.2. A második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:

- rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);**
- szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;**
- szervátültetések;**
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;**
- az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;**
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;**
- életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.**

1.5.3. **Az 1.5.2. pontban leírt listában nem szereplő betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.**

1.5.4. A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.

1.5.5. A biztosító szolgáltatása, hogy **ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.**

1.6. Védőoltás tanácsadás

1.6.1. Amennyiben a 18 év alatti biztosított alapszolgáltatási csomagként Gyermekek csomaggal rendelkezik, a biztosító a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által védőoltásokkal kapcsolatos tanácsadás szolgáltatást nyújt.

1.6.2. **A szolgáltatás tartalma egy biztosítási évenként egyszer igényelhető gyermekorvosi konzultáció**, amelynek során az alábbi kérdések kapcsán ad a szakorvos tájékoztatást:

- jogsabály által előírt kötelező védőoltások,

b) ajánlott védőoltások és azok költségvonzata, c) védőoltások lehetséges következményei. 1.6.3. A biztosító az esetleges védőoltás beadás és a vakcina költségét nem téríti. 1.6.4. A védőoltási tanácsadás igénybevétele nem terheli a biztosított járóbeteg szakellátásra vonatkozó szolgáltatási limitjét. 1.7. Orvosi call center szolgáltatás 1.7.1. A biztosító a jelen Különös Feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által minden nap a nap 24 órájában elérhető egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. 1.7.2. A szolgáltatás célja, hogy a biztosított egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdéseire a témában jártas szakembertől, orvosi kérdés esetében orvostól kapjon választ. Az egészségügyi információs központ az alábbi kérdések kapcsán ad tájékoztatást: a) egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések, b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően, c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről, d) tájékoztatás ügyeleti gyógyszerteráziáról, e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. 1.7.3. A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe. 1.7.4. <i>Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított vizsgálatát.</i> 1.7.5. <i>A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.</i> 1.7.6. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. 1.7.7. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább. 1.8. Rizikó felmérés Biztosítási évente egyszer a biztosító ellátásszervező partnere révén online rizikó felmérést nyújt a biztosított számára. A szolgáltatást a biztosított az ellátásszervező által biztosított online felületen kitöltött kérdőív segítségével tudja igénybe venni. A biztosított által adott válaszok alapján az online felületen azonnal megjelenik a letölthető személyre szabott értékelés és prevenció javaslat. Az ellátásszervező orvosa a biztosítottnak az online felületen rögzített kérésére személyesen is kiértékeli a biztosított által adott válaszokat és 5 munkanapon belül e-mail-ben javaslatot tesz a biztosított számára az elvégzendő szűrővizsgálati protokoll vonatkozásában. A biztosított az online felületen vagy telefonon jelezheti az ellátásszervező felé, ha kéri a javasolt szűrővizsgálatok megszervezését. A biztosított jelzését követően az ellátásszervező 5 munkanapon belül az ellátásszervező telefonon felveszi a kapcsolatot a biztosítottal és egyezteti vele, hogy mely vizsgálatokat szeretné igénybe venni, tájékoztatja arról, hogy ezeket a vizsgálatokat mely szolgáltató(k)nál tudja igénybe venni, és ennek mennyi a várható költsége. A javasolt szűrővizsgálatokat az ellátásszervező a biztosított kérésére megszervezi. Ezen vizsgálatok költsége a biztosítottat terheli, a biztosító nem finanszírozza azokat. 1.9. <i>A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy az igényelt ellátást a biztosító ellátásszervező partnere a jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse, és rendelkezzen a biztosított az ellátásra vonatkozó írásbeli orvosi javaslattal, kivéve ez alól a járóbeteg szakellátást és a jelen Különös Feltételek 1.6-1.8. pontjában meghatározott szolgáltatásokat.</i> 1.10. Az egészségügyi ellátást az Általános Biztosítási Feltételek 1. 20. pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja. 2. Várakozási idő A biztosító a kockázatviselés kezdetére 15 nap várakozási időt köt ki. 3. Önrész 3.1. A biztosítás megköthető önrész vállalásával. 3.2. Az önrész kizárólag a Járóbeteg-szakellátás költségénél kerül érvényesítésre.	3.3. Az önrész mértéke a szakorvosi vizsgálat típusától függetlenül egységesen 5 000 Ft, kivéve ez alól a Házivizit szolgáltatás, amelyre a jelen Különös Feltételek 1.1.7. pontjában leírtak vonatkoznak. Amennyiben a biztosított egyazon napon egymást követően több szakorvosi vizsgálaton is részt vesz, minden egyes vizsgálat után köteles megfizetni az önrészt, amennyiben önrész fizetési kötelezettséget tartalmazó alapszolgáltatási csomaggal rendelkezik. 3.4. <i>Az önrész térítésére a biztosított köteles az egészségügyi szolgáltató felé az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor.</i> 3.5. <i>Amennyiben a PrivateMed Next Általános Biztosítási Feltételek 10.3. pontjában leírt árindex meghaladja a 125%-ot, illetve a 10.3. pontban meghatározott szolgáltatói árindex alakulásától függetlenül háromévente a biztosító jogosult az önrész mértékét felülvizsgálni és módosítani. A háromévenkénti felülvizsgálat során a biztosító az elmúlt három éves időszakra vonatkozóan számított szolgáltatói árindex figyelembe vételével határozza meg az önrész új mértékét. A változásról a biztosító az évforduló előtt legkésőbb 50 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Amennyiben a szerződő az önrész módosult mértékéről az évforduló előtt legkésőbb 30 nappal nem nyilatkozik, a biztosítási évfordulón az önrész módosult mértéke lép hatályba. Amennyiben a szerződő az önrész módosult mértékét a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 30 nappal elutasítja, a biztosítási szerződés a biztosítási évfordulón megszűnik.</i> 4. A szolgáltatás igénybevételének folyamata 4.1. Járóbeteg szakellátás, diagnosztikai vizsgálatok, nagyértékű diagnosztika, egynapos sebészeti ellátás és védőoltási tanácsadás esetében az Általános Biztosítási Feltételek 16. pontja az irányadó. 4.2. Második orvosi vélemény szolgáltatás igénybevétele 4.2.1. Biztosított jelzi az ellátásszervező felé a szolgáltatásra vonatkozó igényét. 4.2.2. Az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat a szolgáltatásról, és megküldi számára a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérelem kérdőívet és jogi nyilatkozatot. 4.2.3. A biztosított a kérelem kérdőív kitöltésével, valamint a jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét. 4.2.4. Az ellátásszervező kijelöl egy esetfelelőst, aki kapcsolatot tart a biztosítottal és szükség esetén egyeztet a biztosított kezelőorvosával is. 4.2.5. Az ellátásszervező a biztosítottal előre egyeztetett módon (email-ben vagy nyomtatott formában postai küldeményként) megküldi a biztosított részére a távszakvéleményt. 4.2.6. Az ellátásszervező a távszakvélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló távkonzultációs lehetőséget biztosít a biztosított számára. 4.2.7. A második orvosi véleményt az ellátásszervező 15 munkanapon belül juttatja el a biztosított számára attól a naptól számítva, hogy a vélemény elkészítéséhez szükséges valamennyi dokumentum beérkezett az ellátásszervezőhöz. 5. A kockázatviselésből kizárt kockázatok Az Általános Biztosítási feltételek 15. pontjában foglaltakon túlmenően nem minősül biztosítási eseménynek: 5.1. az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé, kivéve a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat; 5.2. az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult, kivéve a baleseti eredetű ellátási igényt. 5.3. a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat. 5.4. az alábbi műtétek: 5.4.1. Orrsövény-műtét 5.4.2. Gyomor bypass műtét 5.4.3. Gyomorballon műtétek, akkor is, ha ambuláns sebészeti ellátás keretében végezték el 5.4.4. Veleszületett betegségekkel, fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos műtétek és beavatkozások 5.4.5. Viisszer műtétek. 6. Az ellátásszervező felelőssége 6.1. Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a
--	---

biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.

- 6.2. Az ellátásszervező mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.
- 6.3. *Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételten, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak.*
- 6.4. **Nem terjed ki az ellátásszervező és a biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett orvosi szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottaknak okozott károkra.**

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.