

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 terhessége. Ha a terhesség a kockázatviselés kezdetét követően jött létre, akkor a biztosító a terhességgel összefüggésben összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálathoz 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 terhességgel 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 part-

neré 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, Budapesten 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 igénybevételevel 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 rétegfelvétel 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. Egynapos 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 egynapos sebészeti ellátása, amennyiben az orvos-szakmailag indokolt.
- 1.4.2. A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre, ha az egynapos sebészeti ellátás alatt vagy utána olyan, a műtéttel összefüggő szövődmény következik be, amely a biztosítottnak a tervezettnél hosszabb ideig tartó, akár más intézményben történő kórházi ellátását vagy a tervezettől eltérő orvosi ellátását igényli.**
- 1.4.3. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett egynapos 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:
- a) **rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);**
  - b) **szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;**
  - c) **szervátültetések;**
  - d) **neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;**
  - e) **az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;**
  - f) **a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;**
  - g) **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:

- a) jogszabály 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 ügyeletekről,
  - d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerteráziokról,
  - e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
- 1.7.3. A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.**
- 1.7.4. **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.**
- 1.7.5. **A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.**
- 1.7.6. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegevizsgálatot nem végez.**
- 1.7.7. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolására 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 prevenciók 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 egyeztetni 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. *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.*
- 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. *Az önrész térítésére a biztosított köteles az egészségügyi szolgáltató felé az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor.*
- 3.5. *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.

## 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.
- 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 feladatok is elláthat.
- 5.4. az alábbi műtétek:
- 5.4.1. Orrsövény-műtét
- 5.4.2. Gyomor bypass műtétek
- 5.4.3. Gyomorbypass műtétek, akkor is, ha ambuláns sebészeti ellátás keretében végezték el
- 5.4.4. Veszélyes betegségekkel, fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos műtétek és beavatkozások

**5.4.5. Visszér műtétek**

**5.5. Az olyan ambuláns műtét, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatvisszeviteli kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé.**

**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 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 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 orvos szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.**

**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**