Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

UNION VIENNA INSURANCE GROUP

A társaság:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Magyarországon bejegyzett, a Magyar Nemzeti Bank által felügyelt biztosító részvénytársaság

A termék:
PrivateMed Next egészségbiztosítás

Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen a PrivateMed Next egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

Előfordulhat, hogy az Ön szerződése eltér az alábbiakban leírtaktól, ezért kérjük, az Önre vonatkozó fedezet terjedelméről tájékozódjon a biztosítása szerződőjénél.

Milyen típusú biztosításról van szó?

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról, amely az 1995. évi személyi jövedelemadóról szóló CXVII. törvény 3.§ 91. pontja szerint kockázati biztosításnak minősül.

Az Ön(ök) által fizetett díjért cserébe a biztosított(ak) betegségei esetén a biztosító megszervezi és állja az orvosi ellátások költségeit a biztosítóval szerződésben álló ellátásszervező magán-egészségügyi szolgáltató partnereinél (magánrendelők, magánkórházak). Ez azt jelenti, hogy a biztosított (a Hope Plusz kiegészítő biztosítás és a Műtéti, valamint a Gyermek Extra csomag Műtéti térítés elemének szolgáltatása kivételével) nem kap pénzbeli szolgáltatást a biztosítótól, a biztosított telefonos orvosi tanácsadásra, a biztosító által megszervezett személyes egészségügyi tanácsadás és egészségügyi szolgáltatások igénybevételére jogosult.

Mire terjed ki a biztosítás?

A biztosítás finanszíroz:

- ✓ járóbeteg-szakorvosi ellátásokat,
- ✓ laborvizsgálatokat,
- ✓ más diagnosztikai vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang, stb.),
- ✓ ambuláns és egynapos műtéteket,
- ✓ nagyértékű képalkotó diagnosztikai eljárásokat (CT, PET-CT, MRI és cardio-CT, endoszkópos vizsgálat),
- ✓ non-stop elérhető orvosi tanácsadást,
- ✓ második orvosi szakvélemény kérését,
- ✓ és a szerződő választása szerinti egyéb kiegészítő szolgáltatásokat is (pl. műtéti térítés, szűrővizsgálatok szervezése és finanszírozása, egyösszegű térítés és járadékfizetés rosszindulatú daganatos betegségek esetén).

Alap szolgáltatási csomagok és éves limitek					
Kockázatok	**ECO**	**Standard**	**Premium**	**Deluxe**	**Gyermek**
Járóbeteg-szakellátás*	100 000 Ft	250 000 Ft****	500 000 Ft****	korlátlan****	250 000 Ft****
Diagnosztikai vizsgálatok**	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft
Nagyértékű diagnosztika***	200 000 Ft	250 000 Ft	500 000 Ft	korlátlan	250 000 Ft
Egynapos sebészet *****	–	300 000 Ft	600 000 Ft	600 000 Ft	300 000 Ft
Védőoltási tanácsadás	–	–	–	–	1x/év
Rizikó felmérés	–	1x/év	1x/év	1x/év	–
Második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
7/24 orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan

* Ambuláns műtétek és házivizit is. ECO csomag esetében kizárólag az alap-szakágak: belgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, szemészet, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet, általános sebészet.
** Diagnosztikai vizsgálatok tartalma: minden, ami nem nagyértékű diagnosztika (pl. laborvizsgálatok, ultrahang, röntgen, scintigráfia, biopszia, szövettan)
*** Nagyértékű diagnosztika: CT, cardio-CT, MRI, PET-CT, endoszkópos vizsgálatok (altatásban vagy anélkül)
**** Bőrgyógyászati szublimit: 100 000 Ft/év
***** Egynapos sebészeti kockázat az ECO csomaghoz pótdíj ellenében köthető, 300 000 Ft-os szolgáltatási limittel

Mire nem terjed ki a biztosítás?

Nem finanszírozza a biztosító :

- ✕ külföldön működő szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátás költségét,
- ✕ sürgősségi ellátás költségét,
- ✕ járványokkal kapcsolatos ellátásokat, kezeléseket,
- ✕ az olyan egészségügyi ellátások költségét, amelyek már a biztosítás megkötése előtt fennálló betegség miatt válnak szükségessé, kivéve ez alól a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat,
- ✕ foglalkozás-egészségügyi ellátások költségét,
- ✕ a reprodukciós képességgel kapcsolatban felmerülő egészségügyi ellátás költségét, ide értve a meddőség kivizsgálására vagy a meddőség gyógyítására irányuló beavatkozásokat,
- ✕ az orvosilag nem indokolt terhességmegszakítás költségét,
- ✕ az esztétikai célú plasztikai műtétek költségét,
- ✕ a fogászati ellátásokat,
- ✕ a pszichiátriai, pszichológiai, onkológiai, reumatológiai gondozást, valamint a mozgásszervi rehabilitációt, kivéve, ha a biztosított rendelkezik Mozgásszervi kiegészítő biztosítási csomaggal.

A fenti felsorolás nem teljes. A biztosító által nem térített események tételes és pontos felsorolását a biztosítási feltételek tartalmazzák.

Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! életkori: 6 hónaposnál fiatalabb és 69 éven felüli biztosítottakra nem köthető, és a 70. életév betöltését követő évfordulón megszűnik,
- ! biztosító által finanszírozott szűrővizsgálatok kiegészítő csomag megvásárlásával vehetők csak igénybe
- ! nem minden alapcsomag kombinálható minden kiegészítővel
- ! nincs lehetőség fedezet-feltöltésre, ha év közben elfogy a keret
- ! a Hope Plusz kiegészítő nem választható abban az esetben, ha a biztosítottnál már diagnosztizáltak valaha rosszindulatú daganatos megbetegedést.

Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás kizárólag a magyarországi szolgáltatóknál igénybevett ellátásokat fedezi, kizárólag abban az esetben, ha az ellátást Ön a biztosító ellátásszervező partnerének tudtával és jóváhagyásával vette igénybe.

Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A szerződőt, illetve a biztosítottat:

- a szerződés kezdetekor közlési kötelezettség,
- a szerződés tartama alatt díjfizetési, változás-bejelentési, kármegelőzési kötelezettség,
- kár esetén felvilágosítási és információ-adási kötelezettség terheli.

Mikor és hogyan kell fizetnem?

A szerződés éves díja fizethető havi, negyedéves és féléves részletekben is. A biztosítás első díját a szerződés megkötésekor kell megfizetni, a folytatólagos biztosítási díj a díjfizetési gyakoriság szerint, előre esedékes.

Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselése a szerződés aláírását követő hónap első napján kezdődik, amennyiben a díjat a szerződő a biztosító számlájára megfizette. Egy adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a biztosított biztosítóhoz történő bejelentését követő hónap első napján kezdődik.

A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben szűnik meg:

- a biztosított halálának napján,
- ha a szerződő kijelenti a biztosítottat a biztosítási szerződésből, a kijelentés hónapjának utolsó napjával,
- a szerződés megszűnésekor (ennek eseteit a feltétel részletezi).

Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A szerződés megszűnhet:

- a szerződésben meghatározott tartam elteltével,
- ha az évforduló előtt 30 nappal bármelyik fél jelzi igényét, hogy nem kívánja a a szerződés automatikus meghosszabbítását,
- díjfizetés elmulasztása esetén, a biztosítási feltételekben leírtak szerint,
- a szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén.