

A Magyar Telekom Nyrt. és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. között 2013. november 29-én létrejött és **2015. február 1-jei hatállyal** módosított Biztonság Program – Telekom Egészségbiztosítás Csoportos Biztosítási Szerződés
2. számú melléklete

Ügyfélértékelő*

Biztonság Program – Telekom Egészségbiztosítás csoportos biztosítás

Ki a biztosítás szerződője?

A biztosítás szerződője a Magyar Telekom Nyrt.

Ki nyújtja a szolgáltatást?

A biztosítási szolgáltatást a Magyar Telekom Nyrt. szerződéses partnere, az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1082 Budapest, Baross u. 1.) nyújtja, amely közel 15 éve van jelen a magyar biztosítási piacon, dinamikus növekedésének köszönhetően pedig az elmúlt években a 10 legnagyobb biztosítótársaság egyikévé vált. A biztosítottak egészségével összefüggő biztosítási események bekövetkezését követően a biztosítási szolgáltatás igénybevétele esetén Ön az UNION Biztosítóval lesz közvetlen kapcsolatban.

A biztosítással kapcsolatos kérdéseit, észrevételeit, esetleges problémáit az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (06 1) 486-4343 ügyfélszolgálati számán tudja jelezni.

Kinek nyújt fedezetet a biztosítás?

Biztosítottak minősül az a Magyar Telekom Nyrt.-vel hatályos Telekom otthoni szolgáltatásokra illetve Telekom mobil szolgáltatásokra vonatkozó előfizetői szerződéssel rendelkező természetes személy, aki a Magyar Telekom Nyrt. felé tett nyilatkozattal a Csoportos Biztosításhoz csatlakozott, és akit ennek alapján a Magyar Telekom Nyrt. a Biztosítónak Biztosítottként bejelentett.

A biztosított csak olyan természetes személy lehet, akinek életkora elérte az 18 évet, de nem haladta meg a 65 évet. Továbbá Családi egészségbiztosítás csomag esetén a biztosítási esemény időpontjában a biztosított állandó lakcímén vele közös háztartásban élő, állandó bejelentéssel bíró, a Ptk. 685. § b) pontjában felsorolt közeli hozzátartozói, valamint az élettárs, mint társbiztosított, feltéve hogy életkoruk 65 év alatt van.

Milyen esetben nyújt szolgáltatást a biztosító?

A biztosított egészségével összefüggő biztosítási eseményekre nyújt védelmet a biztosítás.

A Biztosító kockázatviselésének kezdete, hatálya

A Biztosító kockázatviselése egy biztosítottra vonatkozóan a biztosított csatlakozási nyilatkozata után, a Szerződő nyilvántartási rendszerében történő rögzítés napját követő nap 0 órájától, de legkésőbb az igénylésre vonatkozó nyilatkozatát követő 5. munkanapon lép életbe. A nyilvántartási rendszerben történő rögzítés napját a Szerződő a Biztosított részére írásban visszaigazolja.

A biztosítás területi korlátozás nélkül, a Föld bármely országában bekövetkezett biztosítási eseményekre, a nap 24 órájára kiterjed.

A Biztosító kockázatviselésének megszűnése

A Biztosító kockázatviselése megszűnik:

- (a) egy adott Biztosított illetve Társbiztosított tekintetében
 - a. az adott Biztosított illetve Társbiztosított halálával

* Érvényes a Csoportos Biztosítási Szerződéshez 2015. február 1-jén vagy azt követően csatlakozott biztosítottakra

- b. annak a naptári évnek utolsó napján 24 órakor, amelyik évben a Biztosított, illetve a Társbiztosított 65. életévét betöltötte.
- (b) a Biztosított és valamennyi Társbiztosított tekintetében
 - a. a Biztosított előfizető halálával, az elhalálozás napjával;
 - b. a Szerződő és a Biztosított között fennálló előfizetői szerződés megszűnése esetén az előfizetői szerződés megszűnésének napjával;
 - c. amennyiben a Biztosított a Szerződő felé tett nyilatkozatával biztosítási jogviszonyát megszünteti, a nyilatkozat Szerződőhöz történt beérkezésétől számított nyolcadik (8.) napon 24 órakor;
 - d. abban az esetben, ha a Biztosított a rá áthárított biztosítási díjat az esedékességtől számított 60 nap elteltével sem fizette meg a Szerződőnek, a 60. napon 24 órakor;
 - e. a Szerződő és a Biztosító között fennálló Csoportos Biztosítás megszűnése esetén a Csoportos Biztosítás megszűnésének napjával.

A Biztosító kockázatviselésének megszűnése nem érinti a megszűnés előtt bekövetkezett biztosítási eseményekkel kapcsolatos, folyamatban lévő vagy függő károk elbírálását.

A biztosítás díja

A biztosítás díját a Szerződő fizeti meg, de áthárítja azt a Biztosítottra.

Egyéni egészségbiztosítási csomag díja: 890,-Ft/hó
 Családi egészségbiztosítási csomag díja: 2 400,-Ft/hó

Milyen biztosítási esemény bekövetkeztekor, mekkora összeget térít a biztosító?

Asszisztencia-szolgáltatások	Egyéni csomag	Családi csomag
Orvosi call center	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan
Egyéni szűrési terv telefonos felmérés alapján	naptári évente max. 1 alkalommal	naptári évente max. 1 alkalommal
Kockázatok		
Bármely okú kórházi napi térítés esetén (7-50 nap)	3 000 Ft/nap	3 000 Ft/nap
Bármely okú műtéti térítés		
kis műtét	20 000 Ft	20 000 Ft
közepes műtét	100 000 Ft	100 000 Ft
nagy műtét	150 000 Ft	150 000 Ft
kiemelt műtét	200 000 Ft	200 000 Ft
Kritikus betegségek*:		
szívinfarktus	800 000 Ft	800 000 Ft
rosszindulatú daganat		
agyi érkatasztrófa		
veseelégtelenség		
bypass műtét		
szervátültetés		
sclerosis multiplex		
vakság		

*a biztosítás tartama alatt a Biztosító a szerződésben nevesített kritikus betegségek vonatkozásában betegségenként összesen legfeljebb 1 alkalommal vállalja biztosítási szolgáltatás teljesítését, ezt követően a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége az adott kritikus betegségre vonatkozóan megszűnik.

Ki jogosult a biztosítási összeg felvételére?

A biztosítási összeg felvételére a biztosított jogosult. Kiskorú biztosított esetén annak törvényes képviselője jogosult a biztosító szolgáltatásának felvételére.

Adózás

Az áthárított biztosítás díja és a szolgáltatási összeg után nem kell személyi jövedelemadót fizetni.

Mit kell tennie, ha az egészségével összefüggő biztosítási esemény bekövetkezik?

A bekövetkezett biztosítási eseményt haladéktalanul, írásban be kell jelenteni a biztosító címére, az Életbiztosítási Igazgatóságra.

A bejelentéshez szükséges nyomtatvány – Igénylőlap csoportos egészségbiztosítás szolgáltatáshoz (kárbejelentő) nyomtatványt, mely letölthető az UNION Biztosító www.unionbiztosito.hu honlapjáról, vagy kérésére az UNION Biztosító (06 1) 486-4343 számon elérhető ügyfélszolgálat postán kiküldi Önnek.

A kárbejelentő mellé az alábbi dokumentumokat kell csatolni:

- a) a Biztosított illetve Társbiztosított lakcímkártya és személyi igazolvány másolata,
- b) amennyiben a biztosítási eseménnyel vagy az annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban rendőrségi, közigazgatási, tűzvédelmi, munkavédelmi vagy más hatósági eljárás indult, az eljárás során keletkezett, illetőleg az eljárás anyagának részét képező iratok másolata (büntető eljárásban és szabálysértési eljárásban meghozott jogerős határozat csak abban az esetben, ha az a kárigény/szolgáltatási igény benyújtásakor már rendelkezésre áll),
- c) ittasság illetve bódító, kábító vagy hasonló hatás kiváltó szerek, toxikus anyagok hatásának vizsgálatáról készült orvosi irat,
- d) közlekedési baleset esetén a Biztosított illetve Társbiztosított érvényes vezetői engedélyének másolata,
- e) az első, akut ellátást igazoló orvosi dokumentum másolata (ennek hiányában a Biztosított nem teljesít baleseti szolgáltatást),
- f) a kórházi zárójelentés(ek), szövettani leletek másolata(i),
- g) a kórházi betegellátás során keletkezett iratok hitelt érdemlő másolata(i) a (fekvőbetegként) kórházban töltött napok számáról,
- h) ha a biztosítási esemény külföldön történik, az idegen nyelven kiállított dokumentum hiteles magyar nyelvű fordítása.

Mikor szolgálat a biztosító?

A biztosító a szolgáltatását valamennyi szükséges irat beérkezését követő 15 napon belül teljesíti. A szükséges dokumentumok beszerzésének és eljuttatásának költségei a biztosítottat terhelik.

Asszisztencia szolgáltatások

Orvosi call center igénybevétele:

A Biztosító a Biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: Szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek.

Második orvosi vélemény

Második orvosi vélemény alatt a Biztosított által a Biztosító egészségügyi szolgáltató partnerének (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: Szolgáltató) feltett, a Biztosított súlyos betegségére vonatkozó, orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvosszakértő által készített távszakvéleményt kell érteni.

Egyéni szűrési terv telefonos felmérés alapján

A Biztosított kérésére a Biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: „Szolgáltató”) telefonos állapotfelmérés alapján szűrővizsgálati tervet készít a Biztosított számára, biztosítási évente egy alkalommal. A szolgáltatás – kérés esetén – magában foglalja a szűrővizsgálatok megszervezését is a Biztosított részére.

Mit kell tennie az orvosi call center igénybevételekor?

1. Biztosított felhívja a **06 40 200 898**-as telefonszámot, melyet a Biztosítottak részére tart fenn a Szolgáltató. Az automata telefonközpont a telefonálót a hangrögzítés tényéről tájékoztatja, és felhívja figyelmét arra, hogy a telefonon keresztül, szóban kapott orvosi információ tájékoztató jellegű, és nem helyettesíti a személyes orvosi vizsgálatot.

2. A telefonban megtörténik a telefonáló azonosítása alábbi adatok alapján
 - a. Név ellenőrzése
 - b. Születési dátum vagy egyéb egyedi ügyfél azonosító szám ellenőrzése
 - c. Jogosult hozzátartozó hívása esetén a jogosultság ellenőrzése a fentiek szerint történik. Ilyenkor a hozzátartozó a szerződött Biztosított adatait adja meg az azonosításhoz.
 - d. Amennyiben a biztosított név nem szerepel az adatbázisban, szolgáltató megtagadhatja a válaszadást.

Mit kell tennie a Második Orvosi Vélemény igénybevételekor?

Biztosított felhívja a **06 40 200 898**-as telefonszámot, melyet a Szolgáltató a Biztosítottaknak és jogosult hozzátartozóiknak részére tart fenn. Az automata telefonközpont a telefonálót a hangrögzítés tényéről tájékoztatja.

- A telefonban megtörténik a telefonáló azonosítása alábbi adatok alapján
- a. Név, lakcím, telefonszám, telefonszám és e-mail cím (amennyiben van)
 - b. A második orvosi vélemény igénylésének dátuma
 - c. Jogosult hozzátartozó hívása esetén: saját név, és születési adatok ellenőrzése is
2. Szolgáltató orvosa a következőket végzi:
 - a. Telefonbeszélgetés alapján összegzi a kórelőzményt és a beteg igényeit
 - b. Írásos engedélyt kér a betegtől vagy törvényes képviselőjétől a második orvosi vélemény eljárásának megkezdésére
 - c. Megkéri a szükséges orvosi információt (jelentések, felvételek, diák és/vagy minták)
 3. A Biztosított ezután telefax, e-mail vagy futárposta útján megküldi az esetre vonatkozó információt (jelentések, felvételek, diák és/vagy minták) a Szolgáltató számára.
 4. Szolgáltató megvizsgálja, hogy az alábbi kritériumok teljesülnek-e:
 - a. A Második Orvosi Véleményben érintett beteg jogosult Biztosított
 - b. Súlyos betegségről diagnózis készült
 - c. Orvosi információ és jogi felhatalmazás megléte (jelentések, felvételek, diák és/vagy minták)
 5. A második orvosi vélemény nyomán esetlegesen szükségessé váló további orvosi konzultációt biztosítják a Biztosított számára.
 6. Amennyiben a Biztosított a szolgáltatás segítségével egy új második orvosi véleményt kíván kapni, akkor a folyamatot az első (1) lépéstől kell elindítani.

Mit kell tennie az Egyéni szűrőprogram telefonos felmérés alapján igénybevételekor?

1. Biztosított felhívja a **06 40 200 898**-as telefonszámot, melyet a Biztosítottak részére tart fenn a Szolgáltató. Az automata telefonközpont tájékoztatja a telefonálót a hangrögzítés tényéről.
2. A telefonban megtörténik a telefonáló azonosítása alábbi adatok alapján:
 - Név ellenőrzése
 - Születési dátum vagy egyéb egyedi ügyfél azonosító szám ellenőrzése
 - Jogosult hozzátartozó hívása esetén a jogosultság ellenőrzése a fentiek szerint történik. Ilyenkor a hozzátartozó a szerződött Biztosított adatait adja meg az azonosításhoz.
 - Amennyiben a biztosított név nem szerepel az adatbázisban, szolgáltató megtagadhatja a válaszadást.
3. Biztosított / Társbiztosított telefonon kérheti szolgáltatótól a számára az életkora és neme alapján ajánlott szűrővizsgálatok megnevezését és megszervezését. Szolgáltató orvosa a Biztosítottal / Társbiztosítottal folytatott telefonbeszélgetés során tájékozik a Biztosított / Társbiztosított egészségi állapotáról és igényeiről. Az így szerzett információ alapján Szolgáltató a Biztosított / Társbiztosított számára orvosilag indokolt szűrővizsgálatokra javaslatot tesz. Szolgáltató szerződött egészségügyi szolgáltatói partnerekből álló szolgáltatói hálózatot tart fenn, mely által Biztosított / Társbiztosított számára orvosi szűrővizsgálatok megszervezését és lebonyolítását vállalja.

Biztosított / Társbiztosított kérésére Szolgáltató tájékoztatást ad arról, hogy az általa preferált településen mely szűrővizsgálatok elvégzése lehetséges. Szolgáltató ugyancsak tájékoztatást ad Biztosítottnak / Társbiztosítottnak a javasolt vizsgálatok várható díjáról. Szolgáltató, Biztosított / Társbiztosított kérésére, a Biztosított / Társbiztosított igényei figyelembe vételével részére megszervezi az általa igényelt vizsgálatokat az előre egyeztetett helyszínen és időpontban. A szűrővizsgálatok díját minden esetben Biztosított / Társbiztosított fizeti az egészségügyi szolgáltató részére, ahol a Szolgáltató által megszervezett vizsgálatot elvégzik.

Mire nem terjed ki a biztosítás?

A biztosító mentesül – a biztosított súlyosan gondatlan magatartása miatt - a biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítja, hogy a biztosítási esemény az alább felsoroltak miatt következett be:

- a betegség diagnosztizálása esetén a biztosított az orvosi utasításokat (gyógyszerszedés, kezelések, stb.) nem tartja be és ennek következményeként olyan szövődmény vagy állapotromlás következik be, amely az utasítások betartásával megelőzhető lett volna,
- a kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett biztosítási esemény összefüggésbe hozható a biztosított kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett egészségkárosodásával, műtétével, illetve a kockázatviselés kezdetét megelőző egészségi állapotával,
- a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye kapcsán vagy azzal összefüggésben,
- a biztosított súlyos alkoholos vagy bódító kábítószeres befolyásoltsága, illetve toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben,
- érvényes jogosítvány nélkül, gépjárművezetés közben,
- ittas állapotban történt gépjárművezetés közben következett be és mindkét utóbbi esetben a biztosított más közlekedésrendészeti szabályt is megsértett.

Fogyasztói panaszokkal foglalkozó szerv

A Biztosító szolgáltatásának teljesítésével vagy működésével kapcsolatos panaszokat

- írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen lehet bejelenteni:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
(1082 Budapest, Baross u. 1., tel.szám: 061 486 4343)
- személyesen az alábbi címen lehet megtenni:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Központi Ügyfélszolgálati Iroda
(1134 Budapest, Váci út 33.)

Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

Amennyiben Ön a Biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

- a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu),
- a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: 06-1-489-9100; E-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

Az MNB fogyasztóvédelmi eljárása, valamint a Pénzügyi Békéltető Testület eljárása megindításának feltétele, hogy a fogyasztó előzetesen a biztosítótársasággal közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Adatkezelés, titoktartás

A biztosító jogosult az ügyfelek adatait, ideértve a különleges adatokat is a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezései

szerint, a 2003. évi LX. törvényben (Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, illetve az ügyfél hozzájárulása alapján kerülhet sor.

A biztosítót a birtokába jutott biztosítási titkok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli.

A biztosító titoktartási kötelezettségére a **2003. évi LX. törvény 153-161.§-ban** foglalt szabályok az irányadók.

Biztosítottat a változás bejelentési kötelezettség a lényeges körülmények tekintetében terheli. Amennyiben a Biztosított a szerződéskötés szempontjából lényeges körülmény közlésére, vagy a szerződésben foglalt körülmények változásának bejelentésére vonatkozó kötelezettségének nem tesz eleget, az a Biztosító mentesülését eredményezi a biztosítási esemény bekövetkezése ellenére is.

A Biztosított a biztosítási ajánlattal mindazokat az orvosokat és egészségügyi intézményeket – akik, vagy amelyek a biztosítási szerződés megkötése előtt, vagy azt követően vizsgálták, kezelték – felmenti a Biztosítóval szemben a biztosítási szerződés tartalmával, illetve e biztosítási eseménnyel kapcsolatos tények és adatok vonatkozásában az orvosi titoktartás alól. Ennek elmaradása esetén a Biztosító annyiban mentesül a szolgáltatás alól, amennyiben emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

Az ügyfél-tájékoztató jogi természete

Jelen ügyfél-tájékoztató kizárólag azt a célt szolgálja, hogy Önt tájékoztassa a biztosítási fedezet leglényegesebb jellemzőiről és a kárbejelentés rendjéről, nem minősül azonban a biztosítóval kötött szerződésnek.

Az Ön biztosítási jogviszonyára az ezen ismertető alapjául szolgáló szerződési feltételek az irányadók, amelyek megtekinthetők az UNION Biztosító honlapján.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

