

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 ügyfélértékelési 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 vagy azt megelőzően bekövetkező balesete vagy betegsége (ideértve a krónikus betegségeket is) miatt szükséges és új egészségi panasz indikálta orvosi-
lag indokolt egészségügyi ellátása**, mely ellátás járóbeteg-szakellátás, távkonzultáció, házivizit, terhesgondozás vagy nem konvencionális tevékenységek igénybevétele keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

1.1.2. **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 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. Házivizit szolgáltatás Nem konvencionális tevékenységek esetén nem vehető igénybe.**

1.1.3. Az orvosi távkonzultáció semmilyen módon nem helyettesíti az orvosi fizikális vizsgálatot, diagnózis felállítását nem teszi lehetővé. Terápiás javaslat, módosítás orvosi távkonzultáció formájában csak korábban már diagnosztizált esetekben adható, amennyiben az orvossal indokolt. Az orvosi távkonzultáció alkalmazhatóságát egy adott panasz esetén az ellátásszervező jogosult megítélni és orvossal indokolt elutasítani. Az orvosi távkonzultáció az alábbi esetekben alkalmazható:

- aktuális panaszok, tünetek értékelése, azok súlyosságának, sürgősségének és az orvoshoz fordulás indokoltságának megítélése, javaslat a további teendőkről,
- orvosi tanácsadás új panaszok esetén, orvosi javaslat a további teendőkre, ajánlás vény nélkül is kapható készítmények használatára vonatkozóan,
- meglévő betegséggel, aktuális állapottal, annak változásával kapcsolatos orvosi tanácsadás, tájékoztatás,

- korábbi orvosi eredmények, javaslatok, leletek értelmezése, értékelése, orvosi tanácsadás, további vizsgálati javaslatok megfogalmazása,
- orvosi kontroll konzultáció, amennyiben a biztosított tünetmentes, az alkalmazott terápia hatására meggyógyult és a konzultáció csak az állapot megerősítését célozza,
- recept-felírás, amennyiben a biztosított rendszeresen szed állapot-fenntartó gyógyszereket az ismert, diagnosztizált megbetegedésére és ezt orvosi javaslattal igazolja.

A távkonzultáció a szolgáltatói kapacitás függvényében érhető el.

1.1.4. **Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is), illetve bekövetkezett balesetével kapcsolatos rendszeres kontrollvizsgálata.**

1.1.5. **Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás, kivéve, ha a szerződő magánszemély, mert abban az esetben a biztosított évente egy, a biztosítási csomagja által fedezett szakorvosi vizsgálatot szűrés jelleggel igénybe vehet.**

1.1.6. **Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhessége. A kockázatviselés kezdete előtti terhességnek minősül, ha a szülés várható időpontja korábbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap. Amennyiben a szülés várható ideje későbbi, mint a kockázatviselés kezdetét követő 270. nap, úgy a biztosító – magánszemélyes szerződés esetén 2, jogi személy szerződő esetén 4 – terhesgondozási nőgyógyászati vizsgálatot térít ultrahanggal, ide nem értve a 3D, 4D, 5D, babamozzi, genetikai ultrahang, magzati szív-ultrahang vizsgálatokat, a laboratóriumi és egyéb, terhességi diagnosztikai vizsgálatokat (pl. NST/CTG). A biztosító a terhesgondozási szolgáltatása nyújtására magánszemély szerződő esetén 6 hónapos várakozási időt alkalmaz.**

1.1.7. **Járóbeteg-szakellátáson belüli térítési korlátok (szublimit)**

- **bőrgyógyászati szakellátás: 100 000 Ft/év.**
Bőrgyógyászati szakellátásnak minősül minden bőrgyógyászati indikációjú vizsgálat, ambuláns műtét akkor is, ha azt sebész végzi;
- **terhesgondozás céljából végzett nőgyógyászati vizsgálat ultrahanggal: magánszemélyes szerződés esetén 2, jogi személy szerződő esetén 4/terhesség;**
- **Nem konvencionális tevékenységek: 50 000 Ft/év, a következő megkötésekkel: Orvosi szakképesítés nélkül, vagy működési engedély nélküli orvos által végezhető nem konvencionális tevékenységekre a biztosítás nem terjed ki. A tevékenység, illetve kezelés során ajánlott, vagy használt bármilyen gyógyszer, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyag vagy készítmény, homeopátiás készítmény vagy**

<p>különleges táplálkozási igény kielégítését szolgáló élelmiszerek, illetve bármely gyógynövény és gyógyhatású készítmény, esetleg használatra előírt műszerek, eszközök költségét a biztosítás nem fedezi.</p> <p>1.1.8. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.</p> <p>1.1.9. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig. Kivételt képeznek a Nem konvencionális tevékenységek, amelyeket a biztosított kizárólag saját szervezésben, utólagos térítés formájában vehet igénybe.</p> <p>1.1.10. Orvosi javaslat nélkül igényelhető Járóbeteg szakellátások: belgyógyászat, nőgyógyászat, urológia, fül-orr-gégészet, szemészet, ortopédia, általános gyermekgyógyászat, bőrgyógyászat, általános sebészet, traumatológia, nem konvencionális tevékenységek. A többi járóbeteg szakellátás igénybevételéhez 1 hónapon belüli orvosi javaslat szükséges; javaslatot az ellátásszervező orvosa is adhat telefonon vagy e-mailben a biztosított panaszai vagy korábbi orvosi dokumentumai alapján.</p> <p>1.2. Diagnosztikai vizsgálatok</p> <p>1.2.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, vagy a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegséggel (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő új panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.</p> <p>1.2.2. Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegséggel (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.</p> <p>1.2.3. Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.</p> <p>1.2.4. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.</p> <p>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.</p> <p>1.3. Nagyértékű diagnosztika</p> <p>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:</p> <p>a) PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias diagnosztika)</p> <p>b) Cardio-CT (tomográfias diagnosztika)</p> <p>c) MR (mágneses rezonancia diagnosztika)</p>	<p>d) CT (computer tomográf – számítógépes rétegfelvétel diagnosztika)</p> <p>e) sztereotaxiás biopszia</p> <p>f) endoszkópos vizsgálatok.</p> <p>1.3.2. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett nagyértékű diagnosztikai vizsgálat napja.</p> <p>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.</p> <p>1.4. Egnapos sebészeti ellátás</p> <p>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 szükségessé váló, orvosilag indokolt egnapos sebészeti ellátása.</p> <p>1.4.2. A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre, ha az egnapos sebészeti ellátás alatt vagy utána olyan, a műtéttel összefüggő szövődmény következik be, amely a biztosítottnak a tervezettnél hosszabb ideig tartó – 36 órát meghaladó –, akár más intézményben történő kórházi ellátását vagy a tervezettől eltérő orvosi ellátását igényli.</p> <p>1.4.3. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett egnapos sebészeti ellátás napja.</p> <p>1.4.4. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét – ideértve az egnapos műtétet megelőző kötelező vizsgálatokat, a szövettani vizsgálatot, kontrollt és a hotelszolgáltatást is – a biztosítottra az egyes kockázatok vonatkozásában meghatározott szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>1.5. Második orvosi vélemény</p> <p>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.</p> <p>1.5.2. A második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:</p> <p>a) rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);</p> <p>b) szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;</p> <p>c) szervátültetések;</p> <p>d) neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;</p> <p>e) az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;</p> <p>f) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;</p> <p>g) életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.</p> <p>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.</p> <p>1.5.4. A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.</p> <p>1.5.5. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény</p>
---	---

<p>szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.</p> <p>1.6. Védőoltás tanácsadás</p> <p>1.6.1. Amennyiben a 18 év alatti biztosított alapszolgáltatási csomagként Kid csomaggal rendelkezik, a biztosító a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által védőoltásokkal kapcsolatos tanácsadás szolgáltatást nyújt.</p> <p>1.6.2. A szolgáltatás tartalma egy biztosítási évenként egyszer igényelhető gyermekorvosi konzultáció, amelynek során az alábbi kérdések kapcsán ad a szakorvos tájékoztatást:</p> <p>a) jogszabály által előírt kötelező védőoltások, b) ajánlott védőoltások és azok költségvonzata, c) védőoltások lehetséges következményei.</p> <p>1.6.3. A biztosító az esetleges védőoltás beadás és a vakcina költségét nem téríti.</p> <p>1.6.4. A védőoltási tanácsadás igénybevétele nem terheli a biztosított járóbeteg szakellátásra vonatkozó szolgáltatási limitjét.</p> <p>1.7. Egyösszegű térítés rosszindulatú daganatos betegség esetén</p> <p>1.7.1. Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak, a biztosító egyszeri kifizettként kifizeti a biztosítottra vonatkozó biztosítási összeget.</p> <p>1.7.2. Amennyiben a biztosítottnak a kockázatviselés kezdetét megelőzően már volt rosszindulatú daganatos betegsége, ami tünetmentes, vagy a kockázatviselés kezdetekor ilyen betegség gyanúja miatt kivizsgálás alatt áll, a biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.</p> <p>1.8. Orvosi call center szolgáltatás</p> <p>1.8.1. 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.</p> <p>1.8.2. 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:</p> <p>a) egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések, b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően, c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről, d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerterákról, e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.</p> <p>1.8.3. A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.</p> <p>1.8.4. <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></p> <p>1.8.5. <i>A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.</i></p>	<p>1.8.6. A szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbetegszakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez, vizsgálatához orvosi javaslatot nem ad.</p> <p>1.8.7. A szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel.</p> <p>1.9. Rizikó felmérés</p> <p>Biztosítási évenként 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 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.</p> <p>1.10. Mentális egészség felmérés</p> <p>A biztosító biztosítási évenként egy alkalommal - mentális egészség felmérést nyújt a biztosított számára. A szolgáltatást a biztosított online, az ellátásszervező felületén kitöltött kérdőív segítségével tudja igénybe venni. A megadott válaszok alapján a biztosított értékelést kap, mely tartalmazza a kiértékelésnek megfelelő megoldási lehetőségeket is. Igény esetén a biztosító szakmai támogatója tanácsot ad a biztosított számára a lehetséges megoldási módszerekre. Az igényt a biztosított az értékelésben feltüntetett elérhetőségen jelezheti. Az ezt követően felmerülő mentálhigiénés tanácsadással és a megfelelő szakember kiválasztásával, igénybevételeivel kapcsolatban a biztosított igény szerint maga jár el, azok valamennyi költsége a biztosítottat terheli, a biztosító azokat nem finanszírozza, ezzel kapcsolatos tanácsadást, szervezést nem nyújt.</p> <p>1.11. 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 javaslatral, kivéve ez alól a jelen Különös Feltételek 1.1.10. pontjában meghatározott szolgáltatásokat.</p> <p>1.12. Az egészségügyi ellátást az Általános Biztosítási Feltételek 1. pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére</p>
---	--

és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő kárért 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 a terhesgondozás kivételével valamennyi szolgáltatás vonatkozásában 15 nap várakozási időt köt ki. A biztosító a terhesgondozás vonatkozásában magánszemély szerződő esetén 6 hónapos várakozási időt köt ki.

3. Önrész

- 3.1. A biztosítás megköthető önrész vállalásával.
- 3.2. **Az önrész kizárólag a Járóbeteg-szakellátás költségénél kerül érvényesítésre, mely alól kivételt képeznek a Nem konvencionális tevékenységek, melyekre önrész nem kerül felszámításra.**
- 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 1.1.2. 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 önrész megfizetése az ellátásszervezőnél történik, a szolgáltatás megrendelésekor. Az önrész megfizetése az időpontfoglalás feltétele.*
- 3.5. **Amennyiben a PrivateMed Next Általános Biztosítási Feltételek 10.2. pontjában leírt árindex meghaladja a 125%-ot, illetve a 10.2. 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 30 munkanapon belül juttatja el a biztosított számára attól a naptól számítva, hogy a vélemény elkészítéséhez szükséges valamennyi dokumentum beérkezett az ellátásszervezőhöz.

4.3. Az Egyösszegű térítés rosszindulatú daganatos megbetegedés esetén szolgáltatás igénybevétele

- 4.3.1. A szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybe vételéhez a PrivateMed Next egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei 16. pontjában meghatározottakon kívül az alábbi dokumentumokat kell benyújtania: 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.
- 4.3.2. A biztosító szolgáltatásának teljesítésére a 4.3.1. pontban meghatározott dokumentumok beérkezését követő 15 napon belül kerül sor.

5. Az ellátásszervező felelőssége

- 5.1. Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.
- 5.2. Az ellátásszervező mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.
- 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. Ügyszintén 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.

5.3. Nem terjed ki az ellátásszervező és a biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett orvosi munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

6. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól, ill. a Ptk. rendelkezéseitől

A Privatemed Next egészségbiztosítás Különös Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:

- 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. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. (1.8.4. és 1.8.5. pontok)
- Az egészségügyi ellátást az Általános Biztosítási Feltételek 1. pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja. (1.12. pont)
- Az önrész térítésére a biztosított köteles. Az önrész megfizetése az ellátásszervezőnél történik, a szolgáltatás megrendelésekor. Az önrész megfizetése az időpontfoglalás feltétele. (3.4. pont)
- Az ellátásszervező mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését különös tekintettel azon vizsgálatok vagy beavatkozások tekintetében, 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. Úgyisntén 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. (5.2. pont)

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.