

Kiegészítő Biztosítási Feltételek

Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatáshoz

A Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokra szóló kiegészítő biztosítási szerződés (továbbiakban: kiegészítő biztosítás) jelen kiegészítő biztosítási feltételek, valamint az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Általános Életbiztosítási Feltételek / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz alapján jön létre.

A kiegészítő biztosítást a szerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. élet- és nyugdíjbiztosításai (továbbiakban alapbiztosítás) mellé kötheti meg.

A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. tv. (Bit.) 4. sz. melléklete szerinti ügyfél-tájékoztató elemei, továbbá a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlattól eltérő feltételek **vastag betűkkel** szedettek.

1. A biztosított

1.1. Az a természetes személy, akinek a kiegészítő biztosítási szerződés létrejöttkor az életkora a 18. évet elérte, de nem haladta meg a 64. évet, és a szerződés tartamának lejártakor életkora legfeljebb 65 év.

1.2. Jelen kiegészítő biztosítás egy vagy két biztosítottra köthető meg. Ha egy biztosítottra kerül megkötésre, akkor a kiegészítő biztosítás biztosítottja lehet az alapbiztosítás első vagy főbiztosítottja vagy a második biztosított. Ha két biztosítottra kerül megkötésre, a kiegészítő egyik biztosítottja azonos kell, hogy legyen az alapbiztosítás első vagy főbiztosítottjával. **A második biztosított az alapbiztosításhoz kötött minden kiegészítő biztosítás esetében ugyanaz a személy kell, hogy legyen.**

2. A kiegészítő biztosítás létrejötte

2.1. A kiegészítő biztosítás megköthető az alapbiztosítással egyidejűleg.

2.2. Meglévő alapbiztosítás mellé, annak tartama közben is megköthető a kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás díjfizetési gyakorisága szerint, amennyiben a szerződő ez irányú igényét a díjfizetési gyakoriság esedékességének napja előtt legalább 30 nappal írásban jelzi, feltéve, hogy a biztosító az ajánlatot elfogadja és az alapbiztosítás az évforduló után díjfizetéssel érvényben marad.

3. A biztosítás tartama

3.1. A biztosítás határozott, legalább 1 évre, maximum 25 évre, de legfeljebb az alapszerződés tartamával megegyező tartamra köthető.

3.2. A kiegészítő biztosítás évfordulója az alapbiztosítás évenkénti fordulónapja.

4. A kiegészítő biztosítás kezdete

4.1. A kiegészítő biztosítás kezdete – amennyiben azt az alapbiztosítással egyidejűleg kötötték – megegyezik az alapbiztosítás kezdetével.

4.2. A kiegészítő biztosítás kezdete, amennyiben azt az alapbiztosítás tartama alatt kötötték, az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriság esedékességének napjával megegyező nap.

4.3. Meglévő, egy biztosítottra szóló kiegészítő biztosítás

az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriság esedékességének napjával kiterjeszthető második biztosítottra.

4.4. A szerződőt a kiegészítő biztosítás kezdetének napjától terheli a díjfizetés kötelezettsége.

5. A biztosító kockázatviselése

5.1. Jelen kiegészítő biztosítás 4.1. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás kockázatviselésének kezdetével.

5.2. Jelen kiegészítő biztosítás 4.2. és 4.3. pontjában foglaltak esetében a biztosító kockázatviselésének kezdete megegyezik az alapbiztosítás díjfizetési gyakoriság esedékességének napjával.

5.3. Két biztosított esetén az érintett biztosított vonatkozásában megszűnik a biztosító kockázatviselése:

- a) az adott biztosított 65. életének betöltése esetén annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján 24 órákor, amikor a biztosított 65. életévét betöltötte,
- b) az adott biztosított halálával, a halál napján,
- c) a második biztosítottra vonatkozóan, ha a díjfizetést a biztosító teljesíti Rokkantság esetén nyújtott díjtvállalás kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként, a biztosító által teljesített első díjfizetési időszak első napján 0 órákor,
- d) ha az adott biztosított jelen kiegészítő biztosítás megkötéséhez adott hozzájárulását írásban visszavonta.

6. Várakozási idő

Az Általános Életbiztosítási Feltételek 5.2. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet és nyugdíjbiztosításokhoz 8.2. pontján túlmenően a biztosító várakozási időt köt ki:

A biztosító a vizsgálatokra vonatkozó szolgáltatásának igénybevételére 1 hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.

7. A kiegészítő biztosítás megszűnése

Jelen kiegészítő biztosítás megszűnik az Általános Életbiztosítási Feltételek 6. / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet és nyugdíjbiztosításokhoz 9. pontjában foglaltakon túlmenően:

- a) egy biztosítottra kötött kiegészítő biztosítás esetén – az alapbiztosítási szerződés lejáratának napjával, illetve a biztosított 65. életének betöltését követő biztosítási évforduló közül a korábbi dátummal,
- a biztosított halálával, a halál napján,
- b) két biztosítottra kötött biztosítás esetén, amennyiben az egyik biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése a jelen Kiegészítő Biztosítási Feltétel 5.3. pontja szerint már megszűnt a másik biztosított vonatkozásában:
- az adott biztosított 65. életének betöltése esetén annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján 24 órákor, amikor a biztosított 65. életévét betöltötte,

- a biztosított halálával, a halál napján,
- c) az alaptbiztosítási szerződés bármely okból való megszűnése esetén az alaptbiztosítással egyidejűleg,
- d) az alaptbiztosítás díjmentes leszállítása vagy díjmentesítése esetén a díjmentes leszállítás vagy a díjmentesítés hatályba lépését megelőző nap 24. órájával,
- e) rendes felmondással a biztosítási időszak utolsó napjának 24. órájával,
- g) a főbiztosított vonatkozásában, ha a díjfizetést a biztosító teljesíti a Haláleset esetén nyújtott díjvállalás kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként, a biztosító által teljesített első díjfizetési időszak első napján 0 órakor.

8. A biztosítás díja

- 8.1. A biztosítás díjfizetési időszaka egy év.
- 8.2. A biztosítás díja az alaptbiztosítás díjával azonos díjfizetési gyakorisággal, az alaptbiztosítás díjával együtt fizetendő, az alaptbiztosítás vonatkozásában választott díjfizetési móddal egyezően, a teljes tartam alatt, de legfeljebb a kiegészítő biztosítás megszűnésig.

9. Értékkövetés

- 9.1. A biztosító a kiegészítő biztosítás díját és biztosítási összegét az alaptbiztosítás díjával egyidejűleg, a biztosítási évfordulón megnöveli, feltéve, hogy a kiegészítő biztosítás az évforduló után még érvényben marad.
- 9.2. A kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása azonosan, a biztosító által az alaptbiztosítás díjának növelésére megajánlott mértékben nő az értékkövetéskor.
- 9.3. A biztosító a biztosítási évforduló előtt két hónappal írásban értesíti a szerződőt a kiegészítő biztosítás megemelt biztosítási díjáról és biztosítási szolgáltatási összegéről. Amennyiben a szerződő legkésőbb az évforduló előtt egy hónappal írásban nem utasítja vissza a díjnövelés lehetőségét, úgy a biztosító a megemelt díjat és biztosítási összeget tekinti érvényesnek a következő díjfizetési időszaktól.
- 9.4. A kiegészítő biztosításra – a biztosító által megajánlottól nagyobb mértékű – extra indexálás nem érvényesíthető. Amennyiben a szerződő az alaptbiztosítás esetében él az extra indexálás lehetőségével, úgy a kiegészítő biztosítás díja és szolgáltatása a 9.2. pontban meghatározott módon kerül megemelésre.

10. Biztosítási esemény

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegség miatt a beteg gyógyítása érdekében szükségessé váló – nem szűrő- vagy kontrollvizsgálat céljából végzett –, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, amelyet a szakorvos rendel el.

10.1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfiás diagnosztika)

A biztosított olyan betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápiák meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

10.2. Cardio CT (tomográfiás diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is, és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok nem mutatják ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.

10.3. MR (Mágneses rezonancia diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

10.4. CT (computer tomográf: számítógépes rétegfelvétel diagnosztika)

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret, struktúra, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

11. A biztosító szolgáltatása

11.1. A biztosító a 10. pontban meghatározottak szerint szükségessé váló vizsgálatokat megszervezi, és azok árát közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak megtéríti az éves szolgáltatási limit erejéig. A szerződéskötéskor az éves szolgáltatási limit kezdeti összege 250 000 Ft.

A biztosító a szolgáltatás lebonyolítására ellátásszervezőt vesz igénybe. Az ellátásszervező egészségügyi szolgáltatókkal áll szerződéses kapcsolatban. A szolgáltatás megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében orvosa, vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indikált esetben rendelkezzen a szükséges szakorvosi véleménnyel. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt a biztosított az ellátásszervezőnek bejelentse és az ellátásszervező jelen Kiegészítő Biztosítási Feltételek alapján azt megalapozottnak minősítse.

11.2. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató esetén a felmerült költséget a biztosító az ellátásszervező partnere közreműködésével közvetlenül téríti meg.

11.3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató esetén a biztosító az ellátásszervező előzetes engedélye alapján és az általa meghatározott összeg erejéig téríti meg az ellátás költségeit a biztosítottnak utólag, számla ellenében.

11.4. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitekből rendelkezésre álló összegekről a 11.1. pontban meghatározott bejelentkezéskor.

11.5. Amennyiben a biztosított az adott ellátásra vonatkozó az aktuális éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, a biztosított nevére szóló számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.

11.6. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani, legkésőbb két munkanappal a vizsgálat időpontját megelőzően, az ellátásszervezőnél.

Amennyiben a biztosított két munkanapon belül mondja le vagy módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban vagy nem az ellátásszervezőnél mondja le vagy módosítja az időpontot, a biztosító a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitet csökkenti a tervezett ellátás költségének 50%-ával, és a biztosított ugyanezen beavatkozás megszervezésére legkorábban 3 hónap elteltével válik ismét jogosulttá, kivéve, ha bizonyítja, hogy rajta kívül álló okból kifolyólag nem volt lehetősége az ellátást lemondani.

12. Az utólagos térítéshez szükséges dokumentumok

Az utólagos térítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon. A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, megfelelő tartalmú, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentáció és az ellátásról kiállított számla. A dokumentáció – az ellátásszervezőhöz történő – hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül sor kerül a kifizetésre a 11.3. és 11.5. pontok szerint.

13. A biztosító szolgáltatásából kizárt kockázatok

A biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:

- az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén,
- amennyiben az orvosi beutaló nem tartalmazza a beutaló orvos pecsétszámát,
- amennyiben az orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi beutalót nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervező engedélyével történt,
- amennyiben egy, már a kockázatviselés kezdete kor is fennálló megbetegedés miatt kerülne sor a szolgáltatásra.

14. Az ellátásszervező felelőssége

Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.

Ezen 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 ismételtén, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a beutaló orvos igazolni nem tudja. Úgyisntén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi beutaló a szakellátás igénybevételehez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak. **Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedezeti körébe.**

Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.

Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.

15. A szolgáltatás igénybevétele

Az ellátásszervező a Global Assistance Kft.

Amennyiben szakorvos a jelen feltételek 10.1.-10.4. pontjában felsorolt képalkotó diagnosztikai vizsgálatokat rendeli el, fel kell hívni a (+36-1) 510-0050 telefonszámot vagy online igényelhető a <https://globalassistance.hu> oldalon, ahol az ellátásszervező az igénynek megfelelő vizsgálatot megszervezi a biztosított részére és 5 munkanapon belül értesíti a biztosítottat a vizsgálat időpontjáról. A vizsgálat igénybevétele követően az egészségügyi szolgáltatónak a biztosító fizeti ki az ellátás költségét, kivéve a 11.3. és 11.5. pontok esetén. Az ellátásszervező személyének és/vagy elérhetőségének módosulásáról a biztosító a változást megelőző 30. napig honlapján ad tájékoztatást.

16. Egyéb rendelkezések

16.1. Jelen kiegészítő biztosítás nem rendelkezik maradékjogokkal.

16.2. Jelen kiegészítő biztosítás nem reaktiválható.

16.3. Jelen biztosítási szerződésben nem szabályozott kérdésekben az Általános Életbiztosítási Feltételek / Általános Biztosítási Feltételek Befektetési egységekhez kötött élet- és nyugdíjbiztosításokhoz, továbbá a vonatkozó alapbiztosítás Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadóak. Amennyiben jelen feltételek bármely rendelkezése eltér a fentiekben foglaltaktól, úgy jelen kiegészítő biztosítási feltételek az irányadók.

17. Eltérés a Ptk. rendelkezéseitől, illetve a szokásos szerződési gyakorlattól

- a második biztosított az alapbiztosításhoz kötött minden kiegészítő biztosítás esetében ugyanaz a személy kell, hogy legyen (1.2. pont)
- jelen kiegészítő biztosítás nem reaktiválható (16.2. pont).

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.