

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító PrivateMed Pro csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Feltételek).

1. Alapszolgáltatások

1.1. Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező váratlan betegsége miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszeres felírása. **A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel kapcsolatosak. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi, képalkotó vagy egyéb diagnosztikai és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.**

A házivizit igénybevétele önrészhez kötött. Az önrész összege a házivizit költségének 30%-a, de minimum 5000 Ft. Az önrész összegét a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatóknak fizeti. A szolgáltatás igénybevételével kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

1.2. Egynapos sebészeti ellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében szükségessé váló olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozása, amely a biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.

1.3. Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség.

1.3.1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias 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 terápia meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

1.3.2. Cardio-CT (tomográfias 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 (pl. terheléses EKG) nem mutatják ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.

1.3.3. 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.

1.3.4. CT (computer tomográf – számítógépes rétegvizsgálat diagnosztika)

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

2. Az alapszolgáltatások bővítése

Az 1. pontban felsorolt alapszolgáltatások bővíthetők az alábbi kockázatokkal:

2.1. Szűrővizsgálat

A választott szűrőcsomag vizsgálati évente egy alkalommal vehető igénybe. A biztosító – a 18 év feletti biztosítottak egészségi

állapotának felmérése céljából – az alábbi szűrővizsgálatokat végzi:

A szerződő biztosítási csoportonként egyet választhat az alábbi szűrőcsomagok közül:

a) Közepes szűrővizsgálati csomag

- belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- nyugalmi EKG
- laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, triglicerid, teljes vizeletvizsgálat és üledék.

b) Személyreszabott szűrővizsgálati csomag (csak kétszeres éves limittel bíró és limit nélküli alapszolgáltatáshoz köthető)

Ennek a szűrőcsomagnak a tartalmát a szerződő állíthatja össze, az alábbi elemekből:

- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- Nyugalmi EKG
- Hasi és kismedencei áttekintő ultrahang vizsgálat
- Mellkas röntgen (egyirányú)
- Laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, GPT, GOT, GGT, bilirubin, húgysav, kreatinin, karbamid, kálium, nátrium, teljes vizeletvizsgálat és üledék
- Nőgyógyászati szűrővizsgálat
- Urológiai szűrővizsgálat
- fogászati szűrővizsgálat (csak Budapesten, tartalma: orvosi vizsgálat, kezelési terv, panoráma röntgen)

2.2. Gyereksomag

A biztosítás megköthető 6 hónap és 18 év közötti gyermekekre is, amennyiben a biztosítás szerződője természetes személy és a biztosított gyermek a természetes személy szerződő (fogasztó) vagy annak házasa-, élettársa vér szerinti, örökbefogadott vagy nevelt gyermeke.

6 hónap és 18 év közötti gyermekekre csak az 1. pont szerinti alapszolgáltatás 250 000 Ft-os éves limittel köthető.

3. A biztosító szolgáltatása

- 3.1. A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében az alapellátás orvosa, magánorvos vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indokolt esetben – rendelkezzen a további ellátáshoz szükséges (szak) orvosi javaslattal. A biztosítás fedezi ennek megszervezését és a vizsgálatot is, ha a biztosított igényli, de a biztosító elfogadja a háziorvosi beutalót is. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.
- 3.2. Az alábbi szakellátások orvosi javaslat nélkül is igénybe vehetők: szemészet, gégesztet, bőrgyógyászat, urológia, általános sebészet, nőgyógyászat és tüdőgyógyászat.
- 3.3. Az 1. pontban leírt szolgáltatások valamelyikének igénylésekor, az orvosi javaslat birtokában további ellátási igényét a biztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és az orvos között. Amennyiben az orvos ezt követően további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban veheti igénybe a biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltan ítéli és a biztosított még nem használta el az adott kockázatra vonatkozó éves limitjét. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.
- 3.4. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében – a rendelkezésre álló éves limit erejéig – megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatóknak.
- 3.5. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitekből rendelkezésre álló összegekről a 3.3. pontban meghatározott bejelentkezéskor.
- 3.6. Amennyiben a biztosított az adott ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.
- 3.7. A biztosító a Járóbeteg-szakellátás kockázaton belül a laboratóriumi vizsgálatokat legfeljebb 50 000 Ft/biztosítási évig, a bőrgyó-

gyászati ellátást legfeljebb 100 000 Ft/biztosítási évig téríti, függetlenül a választott szolgáltatási csomagtól. 3.8. Amennyiben a biztosított nem fogadja el az ellátásszervező által ajánlott szerződött szolgáltatót, és olyan szolgáltatóhoz menne, aki nem szerződött a biztosítóval, a biztosító csak utólag, számla ellenében téríti meg a szolgáltatás díját a biztosítottnak olyan mértékig, amennyiért az általa ajánlott szerződött szolgáltatónál térítette volna. Erről a szolgáltatás igénylésekor az ellátásszervező tájékoztatja a biztosítottat. 3.9. Szűrővizsgálatot kizárólag az ellátásszervező által felajánlott szolgáltatónál lehet igénybevenni. Az ellátásszervező megszervezi a biztosított/biztosított csoport számára a vizsgálatok elvégzését, melynek helyéről és időpontjáról legkésőbb az igény bejelentését követő 30. napon értesíti a szerződőt. 3.10. A már egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége módosítani legkésőbb 24 órával korábban a vizsgálat időpontjánál. Amennyiben 24 órán belül mondja le, módosítja vagy nem jelenik meg adott időben a vizsgálaton, a vizsgálat árának 50%-át levonjuk éves keretéből valamint ugyanezen vizsgálat megszervezését legkorábban 3 hónap elteltével kérheti újra. 4. A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok A teljesítés 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. A dokumentáció hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül sor kerül a kifizetésre a 3. pont szerint. 5. A kockázatviselésből kizárt kockázatok 5.1. 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, kivéve a 3.2. pontban felsorolt esetekben, – amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét, – amennyiben az orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat, – amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt. 5.2. A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor: – sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából, – az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt, – katasztrófa miatti ellátás, – járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban, – tüdőgyógyászati gondozás, – addiktológiai gondozás, – alkoholológiai gondozás, – drogbeteg-ellátás, gondozás, – foglalkozás-egészségügyi szakellátás, – akupunktúrás kezelés, – alternatív gyógyászati eljárások – fogászati szakellátás, – lézeres körömgomba-eltávolítás, – geriátriai kezelés, gondozás, – lézeres látásjavító műtét – szemlencse beültetés – dialízis kezelés, – digitális dermatoscopy, – visszer betegség injekciós kezelése (scleroterápia), – nemibeteg gondozás, – a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok, – genetikai vizsgálatok, – étel-intolerancia vizsgálatok, – pszichiátriai kezelés, – gyógypedagógiai kezelés, – fizio- és mozgásterápiás kezelés, – injekció-terápiás sorozat (az első injekciót fedezi a biztosítás, a többi nem) – intimlézeres kezelés esetén csak egyetlen kezelési alkalom árát téríti a biztosítás (kizárólag orvosilag indokolt esetben) – intenzív betegellátás, – klinikai onkológiai gondozás, – állapotfenntartó infúziós és kúraszerű kezelések,	– HIV-betegek gondozása, – Hepatitis C betegek gondozása, – aneszteziológiai ellátás keretében. 5.3. Az alábbi ellátásokra nem terjed ki a biztosító kockázatviselése a Járóbeteg-szakellátás és az Orvosi képalkotó diagnosztika biztosítási események kapcsán: – a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatban, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni, – terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálatához tartozó UH vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. 5.4. A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor: - Sterilisatio laparoscopica feminae - Sterilisatio laparoscopica kapoccsal - Sterilisatio laparoscopica gyűrűvel - Sterilisatio laparoscopica monopol. elektródával - Sterilisatio laparoscopica bipol. elektródával - Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte - Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából - Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel - Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel - Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal - Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal - Interruptio laminaria tágitással - Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése - Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások - Művi megtermékenyítés - Orrsövény-műtét - Szépészeti okból végzett plasztikai műtetek. 6. Egyéb szolgáltatások 6.1. Második orvosi vélemény Második orvosi vélemény alatt a jelen megállapodás alkalmazásában a biztosított által az ellátásszervezőnek feltett, a biztosított súlyos betegségeire vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni. 6.1.1. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: Hozzáférés nemzetközi orvosszakértők szaktudásához, elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterveztett minden esetben. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával. 6.1.2. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja: – az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat); – szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet; – szervátültetések; – neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát; – veleszületett betegségek és rendellenességek; – az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció; – a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák; – az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír. A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest. 6.2. Orvosi call center igénybevétele A biztosító a jelen feltételek alapján 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 szolgáltatásnak az ügyfeleknek. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén: - egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
---	---

- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről,
- d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról,
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

A 24 órás szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. 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. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

7. 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 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. 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.

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 és a biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottaknak okozott károokra.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.