

# Orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet

## EGYEDI Különös Szerződési Feltételek

1. Az Allianz Hungária Zrt. (a továbbiakban: biztosító) és a szerződő között létrejött Csoportos személybiztosítás elnevezésű csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosítási szerződés orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezetre a jelen szerződési feltételek érvényesek. A jelen feltételekben nem szabályozott kérdésekben a csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosítás általános szerződési feltételeiben (a továbbiakban ÁSZF) foglaltak az irányadók.  
  
Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet részét képezi és az Allianz Orvosi Call Center feltétel a jelen szerződési feltételekkel együtt alkalmazandó.

### Fogalmak

2. **Egészségügyi szolgáltatás:** Az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddőtételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is.

**Egészségügyi szolgáltató:** A tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési

engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.

**Ellátásszervező:** Az az egészségügyi szolgáltató, amely a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

A biztosítóval szerződött ellátásszervező neve, címe, telefonszáma: Advance Medical Hungary Kft. 1085 Budapest, Baross u. 22.  
Tel: 06-1-461-1555

Az ellátásszervezés szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak:  
munkanapokon 8.00-20.00 óra között

**Vizsgálat:** Az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása.

**Szűrővizsgálat:** Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

**Csomagtípus:** az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítás a jelen feltételek szerint két csomagtypusban köthető. E két csomag a Dolgozói csomag és a Vezetői csomag, mely biztosítottanként választható. Az egyes csomag típusok a szolgáltatások körében, valamint szolgáltatási limitek tekintetében térnek el egymástól.

A biztosított

3. Biztosított az a 18-65 éves belépési korú természetes személy, akinek személyével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejött. A biztosítási fedezet létrejöttéhez a biztosított írásbeli hozzájárulása (Biztosított Nyilatkozat) szükséges.

#### A biztosítási esemény

4. A jelen feltételek szerint biztosítási esemény a biztosított olyan – a kockázatviselési időszakban bekövetkezett – balesete vagy valószínűsíthető betegsége, amelyből eredően a jelen szerződési feltételek szerint indokolt orvosi ellátásra van szüksége.
5. Jelen szerződési feltételek alapján orvosi ellátásnak minősül az orvosszakmai szabályok betartásával, a jelen szerződési feltételekben meghatározott
- egészségügyi szakterületeken történő, orvosi szakképesítéssel rendelkező személy által elvégzett járóbeteg szakellátás, valamint
  - diagnosztikai vizsgálat, melyet orvosi szakképesítéssel rendelkező személy, vagy javaslatára más erre feljogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy végez.

#### A biztosító szolgáltatása

6. A biztosító a biztosítási díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a biztosítási esemény bekövetkezése esetén a jelen feltételek Dolgozói csomagra vonatkozó 7. és Vezetői csomagra vonatkozó 8. pontjában szereplő – a vele szerződött ellátásszervező által szervezett – **időpont-előjegyzéssel, tervezhető időpontban végzett** szolgáltatásokat nyújtja a biztosítottnak az egyes csomagtípusokban meghatározottak szerint.
7. **A biztosító a Dolgozói csomag keretében az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:**

##### I. Prevenációs szűrővizsgálatok keretében:

- Nőgyógyászati szűrés
- Urológiai szakvizsgálat, mely 40 éves kor felett magában foglalja a PSA vizsgálatot is
- Laborvizsgálatok a következők szerint: vérkép, vizelet, vércukor, vérsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), májfunkció, (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt), vese funkció (KN, Creatinin)
- Hasi ultrahang.

A prevenációs szűrővizsgálatok tartalma a biztosított nemétől és korától függően eltérő lehet. Az I. a)-d) pontban szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen

szerződési feltételek alapján évente, kategóriánként legfeljebb egy vizsgálat vehető igénybe.

##### II. Járó beteg szakellátás az alábbi szakterületeken:

- Belgyógyászat
- Bőrgyógyászat
- Diabetológia
- Endokrinológia
- Érsebészet
- Fül-orr-gégészet
- Gastroenterológia (ezen belül rectoscopya, colonoscopya, gastroscopya is)
- Kardiológia (ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG)
- Neurológia
- Nőgyógyászat
- Ortopédia
- Reumatológia
- Sebészet
- Szemészet
- Tüdőgyógyászat
- Urológia

##### III. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:

- Teljes vérkép
- Vérsüllyedés
- Teljes vizelet
- Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt))
- Vérsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid)
- Vércukor, vércukor terhelés
- Húgsav
- Vesefunkció (KN, Creatinin)
- Se vas, transferrin, TVK
- Ionok (Na, K, Ca)
- HbA1c
- Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG)

##### IV. Diagnosztikai vizsgálatok:

- nőgyógyászati citológiai
- EKG
- ultrahang
- röntgen
- mammográfia
- doppler érvizsgálat
- hallásvizsgálat
- anyajegy vizsgálat évente egyszer
- csontsűrűség vizsgálat
- szem és látásvizsgálat
- nyelésvizsgálat
- EEG, ENG, EMG,
- érrendszeri vizsgálatok,
- légzéskülfunkció vizsgálat

##### V. Nagy értékű diagnosztika:

- CT

- b) MR
- c) Pet CT
- d) Cardio CT
- e) enterográfia.

## VI. Terhesgondozás

- a) Diagnosztikai ultrahang és laborvizsgálatok

A II. j) pontban szereplő nőgyógyászati ellátás magába foglalja

- a citológiai vizsgálatot is, évente egy alkalommal, továbbá
- a biztosított várandóssága esetén elvégzendő orvosi vizsgálatok közül legfeljebb négy vizsgálatot évente, alkalmanként legfeljebb 15 000 Ft értékben.

A jelen 7. pontban szereplő ellátások tekintetében a biztosító összehatár nélkül teljesít szolgáltatást.

## 8. A biztosító a Vezetői csomag keretében az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

### I. Házi vizit

A jelen feltételek értelmében házi vizit szolgáltatás alatt a biztosított heveny betegség panaszai miatt szükséges orvosi ügyeleti ellátását értjük, melynek keretében a biztosított Allianz Orvosi Call Centerhez érkezett telefonhívását követően, az Allianz Orvosi Call Center munkatársának döntése alapján, a biztosító ellátásszervező partnere a biztosítotthoz orvost küld. A Házi vizit szolgáltatás kizárólag Budapesten vehető igénybe. Ügyeleti ellátást nem igénylő esetben, indokolatlan igény kapcsán ellátásszervező a szolgáltatást megtagadhatja.

### II. Prevenációs szűrővizsgálatok keretében:

- a) Nőgyógyászati szűrés
- b) Urológiai szakvizsgálat, mely 40 éves kor felett magában foglalja a PSA vizsgálatot is
- c) Laborvizsgálatok a következők szerint: vérkép, vizelet, vércukor, vérzsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid), májfunkció, (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt), vese funkció (KN, Creatinin)
- d) Hasi ultrahang
- e) Szemészeti szakvizsgálat
- f) Mellkas röntgen
- g) EKG - 12 elvezetéses nyugalmi EKG
- h) Évente egyszeri állapotfelmérés az egyéni anamnézis, családi örökítő betegségek, egyéni rizikófaktorok felmérése, ezek alapján személyre szabott tanácsadás

A prevenációs szűrővizsgálatok tartalma a biztosított nemétől és korától függően eltérő lehet. A II. a)-h) pontban szereplő szűrővizsgálatok közül – a biztosított választása szerint – a jelen szerződési feltételek alapján évente, kategóriánként legfeljebb egy vizsgálat vehető igénybe.

## III. Teljes körű járó beteg szakellátás az alábbi szakterületeken:

- a. Allergológia
- b. Belgyógyászat
- c. Bőrgyógyászat
- d. Diabetológia
- e. Dietetika szakorvosi javaslatra
- f. Endokrinológia
- g. Érbéleszt
- h. Fizioterápia szakorvosi javaslatra
- i. Fül-orr-gégészet
- j. Gastroenterológia (ezen belül rectoscopya, colonoscopya, gastroscopya is)
- k. Kardiológia(ezen belül nyugalmi EKG, terheléses EKG, holter EKG)
- l. Neurológia
- m. Nőgyógyászat
- n. Ortopédia
- o. Reumatológia
- p. Sebészet
- q. Szemészet
- r. Tüdőgyógyászat
- s. Urológia

## IV. Labor diagnosztika az alábbiak szerint:

- a. Teljes vérkép
- b. Vérsüllyedés
- c. Teljes vizelet
- d. Májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt))
- e. Vérzsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid)
- f. Vércukor, vércukor terhelés
- g. Húgysav
- h. Vesefunkció (KN, Creatinin)
- i. Se vas, transferrin, TVK
- j. Ionok (Na, K, Ca)
- k. HbA1c
- l. Pajzsmirigy funkció (TSH, T3, T4, anti-TPO, anti-TG)
- m. Széklet vizsgálat

A IV. a)-m) pontban szereplő labor diagnosztikai vizsgálatokat a biztosított a jelen feltételek szerint korlátlanul veheti igénybe.

## V. További laboratóriumi vizsgálatok az alábbiak szerint:

- a. tumor marker vizsgálat diagnosztikai céllal, diagnosztizált daganatos betegség kapcsán, onkológus szakorvos javaslatára
- b. HIV teszt
- c. egyéb szexuális úton terjedő betegségek kiszűrése
- d. mérgezések vizsgálata
- e. széklet immun vérteszt
- f. hormonvizsgálatok
- g. fertőző betegségek kimutatása
- h. terhesség megállapítása

Az V. a)-h) pontban szereplő labordiagnosztikai vizsgálatokat a biztosított a jelen feltételek szerint korlátlanul veheti igénybe.

#### VI. Diagnosztikai vizsgálatok

- a) nőgyógyászati citológiai
- b) EKG
- c) ultrahang
- d) röntgen
- e) mammográfia
- f) doppler érvizsgálat
- g) hallásvizsgálat
- h) anyajegy vizsgálat évente egyszer
- i) csontsűrűség vizsgálat
- j) szem és látásvizsgálat
- k) nyelésvizsgálat
- l) allergiateszt bőrön ill. vérvétellel
- m) EEG, ENG, EMG,
- n) érrendszeri vizsgálatok,
- o) rádióizotópos vizsgálatok
- p) ízületi tűszűrő vizsgálatok
- q) légzésfunkció vizsgálata

A VI. a)-q) pontban szereplő diagnosztikai vizsgálatokat a biztosított a jelen feltételek szerint korlátlanul veheti igénybe.

#### VII. Nagy értékű diagnosztika

- a. CT
- b. MR
- c. Pet CT
- d. Cardio CT
- e. enterográfia

#### VIII. Fogászati szűrővizsgálat

#### IX. Terhesgondozás

- a) Diagnosztikai ultrahang és laborvizsgálatok

#### X. Betegszállítás

A jelen feltételek szerint betegszállítás alatt a biztosítottak az időpontra tervezhető, orvosilag indokolt, fekvőbeteg-gyógyintézetből a biztosított

által megadott címre történő szállítása értendő. A betegszállítás szolgáltatás feltétele, hogy a biztosított azt az ellátásszervezőnél, a szállítást 24 órával megelőzően megrendelje. A jelen feltételek alapján a biztosító betegszállítás keretében káreseményenként összesen maximum 100 km-t térít.

#### XI. Országosan igénybe vehető egynapos sebészet

#### XII. VIP szintű kórházi ellátás

A jelen feltételek értelmében a VIP szolgáltatás keretében a biztosító utólag megtéríti a biztosítottak a magyarországi fekvőbeteg-gyógyintézeti gyógykezelése esetén felmerülő, számlával igazolt azon költségeit, melyek az egészségügyi ellátáson kívül merültek fel (például: magasabb komfort fokozatú szoba, a la carte étkezés). A VIP ellátás költségeit a biztosító maximum 20 000 Ft/nap összeghatárig téríti.

A jelen 8. pontban szereplő ellátások tekintetében a biztosító összeghatár nélkül teljesít szolgáltatást.

- 9. A 7. és 8. pont szerinti szolgáltatások kizárólag az ellátásszervező által szervezett ellátásokra vehetők igénybe.

Az ellátásszervező lehetőség szerint a vele szerződött egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg a biztosított ellátását. Amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató, akkor az ellátásszervező más, vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál biztosít lehetőséget az ellátás igénybevételére.

- 10. Az ellátásszervező – az ellátás megszervezését megelőzően – értesíti a biztosítottat, ha az igényelt ellátás, illetve az ellátás költségének figyelembe vételével a szolgáltatások igénybe vételének mértéke meghaladná a jelen szerződési feltételek szerinti valamely limitet.

- 11. A biztosított a jelen biztosítási fedezet alapján pénzbeli szolgáltatásra nem jogosult.

Tekintettel arra, hogy a jelen szerződési feltételek szerint létrejött biztosítási fedezet 7. és 8. pontban foglalt szolgáltatásokat foglalja magába, a **csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosítás**

**(továbbiakban Csoportos személybiztosítás)**  
**alábbi rendelkezései jelen fedezetre nem**  
**érvényesek, azaz a Csoportos személybiztosítás**  
**Általános Szerződési Feltételeinek**

- a) A 46. pontjától eltérően a jelen szerződési feltételekre hivatkozással létrejött biztosítási fedezet tekintetében a biztosítási szolgáltatást, illetve az erre vonatkozó limiteket a jelen szerződési feltételek tartalmazzák,  
b) 25.-29. pontjaiban, a 44. és 46. pontjában foglaltaktól eltérően a jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási fedezet esetében nincs mód a biztosítási szolgáltatás, valamint a szolgáltatásra vonatkozó limitek értékkövetéssel történő emelésére.  
a) a 47., 58., 78., 80., és 81. pontjai a jelen feltételek alapján létrejött egészségbiztosítási fedezetre nem alkalmazhatóak.

12. A jelen szerződési feltételekben szereplő szolgáltatásokra vonatkozó limitek emelkedhetnek, ha a biztosítási fedezet díja emelkedik.

#### A közlési és változásbejelentési kötelezettség

13. A Csoportos személybiztosítás Általános Szerződési Feltételeinek 39-43. pontjaiban foglaltakon túl a szerződőnek és a biztosítottnak a jelen feltételek szerint az alábbi közlési és változásbejelentési kötelezettségei is fennállnak: szerződő és a biztosított köteles szerződés létrejöttkor, majd azt követően a szerződés tartama alatt, a biztosítóval, valamint az ellátásszervezővel a valóságnak megfelelően közölni minden olyan, a biztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges körülményt, amelyre a biztosító, illetve az ellátásszervező a biztosítási fedezet létrejöttkor kérdést tett fel, és amelyet a szerződő, vagy a biztosított ismert vagy ismernie kellett.
14. A biztosítottnak a biztosítási fedezet létrejöttéhez adott hozzájárulása egyben annak a kötelezettségnek a vállalását is jelenti, hogy a közölt adatok ellenőrzését a biztosító, illetve az ellátásszervező részére lehetővé teszi.
15. A jelen feltételek szerint létrejött biztosítási fedezettel kapcsolatos egészségbiztosítási kockázat elvállalása szempontjából lényeges kérdésnek minősülnek azok a kérdések, amelyekre a biztosító, illetve az ellátásszervező szükség esetén egészségi nyilatkozatban rákérdez, vagy amelyekre vonatkozóan – akár telefonon is – további tájékoztatást kér a szerződőtől és a biztosítotttól.

#### A szolgáltatás iránti igény bejelentése, a szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja és a szolgáltatás teljesítése

16. A biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon, illetve az ellátásszervező kérésére a szolgáltatáshoz szükséges iratok megküldésével írásban jelenti be.
17. A szolgáltatás iránti igény esedékességének időpontja az a nap, amikor a biztosított a biztosítási eseményt az ellátásszervezőnél telefonon bejelenti.
18. A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésének feltétele, hogy a szerződő az ajánlat, valamint a biztosított a Biztosított Nyilatkozat aláírásával hozzájárulását adta az alábbiakban meghatározott adatainak (továbbiakban: adatok), továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatoknak a biztosító által történő kezeléséhez és – meghatározott gyakorisággal – az ellátásszervező részére a szolgáltatással összefüggésben történő továbbításához. Az adatok köre: szerződésszám, szerződő és biztosított neve, biztosított neme, biztosított édesanyja neve, biztosított születési helye és ideje, biztosított partner kódja, címe, biztosított e-mail címe, mobiltelefonszáma.

A szerződő az ajánlat, valamint a biztosított a Biztosított Nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy az ellátásszervező a vele szerződött egészségügyi szolgáltató partnerek, valamint – amennyiben az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltatók között nem található a biztosított által igényelt ellátás elvégzésére alkalmas szolgáltató – az ellátásszervezővel szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatók számára továbbítsa az alábbi adatokat:

a biztosított neve, születési ideje, címe, mobiltelefonszáma, továbbá a biztosított különleges (azaz egészségi) adatai.

Az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás nyújtásának megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosult az adatokat kezelni. A szerződő és a biztosított kérésére az ellátásszervező tájékoztatást ad azon egészségügyi szolgáltatók személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.

19. A szolgáltatás igénybevételének feltétele, hogy a biztosított az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát valamint a Csoportos személybiztosítás szerződőjét. Az azonosításhoz szükséges adatok:

• a csoportos biztosítási szerződés szerződésszáma,

- a biztosított neve,
- a biztosított édesanyjának neve,
- a biztosított születési ideje.

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentése során az ellátásszervező minden esetben azonosítja a biztosítottat.

Az ellátásszervező által megszervezett egészségügyi ellátás igénybevétele során az egészségügyi szolgáltató azonosítja a biztosítottat. Ha a biztosított személye nem azonosítható, akkor az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás költségét az ellátás alkalmával a biztosított fizeti.

20. A Csoportos személybiztosítás Általános szerződési feltételeinek 60. pontjában meghatározottakon túl a jelen feltételek szerint létrejött orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítás esetében a biztosító szolgáltatása iránti igény bizonyításához és elbírálásához az ellátásszervező az alábbi iratok bemutatását kérheti:
- a) orvosi beutaló vagy javaslat a 7. és 8. pontban szereplő ellátásokra (kivéve nőgyógyászat, orr-fül-gégészet, sebészet, urológia, szemészet), a 7. V. és 8. VII. pontban foglalt szolgáltatások esetén szakorvosi (sebész, belgyógyász, ideggyógyász, onkológus) beutaló vagy javaslat,
  - b) az orvosi ellátás szükségességét igazoló orvosi dokumentáció,
  - c) a biztosított nevére kiállított számla.
21. Az ellátásszervező jogosult a biztosítási esemény bekövetkezte kapcsán a benyújtott orvosi dokumentumok tartalmát ellenőrizni, a biztosított egészségi állapotát, az orvosi eljárás szükségességét és a gyógytartamot felülvizsgálni. A felülvizsgálat eredményeképpen az ellátásszervező megtagadhatja a 7. és 8. pont szerinti szolgáltatások (kivéve prevenciószűrővizsgálatok) megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.
22. A biztosított a nyilatkozat aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító és az ellátásszervező az egészségi adatait nyilvántartsa, kezelje, az ellátásszervezés és a kárrendezés során felhasználja, a biztosító szolgáltatásaként igénybe vett egészségügyi szolgáltatások során keletkezett dokumentáció másolatát megőrizze. Amennyiben a biztosított az ellátásszervező által szervezett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi dokumentáció ellátásszervező részére történő továbbadását megtagadja, az igénybe vett szolgáltatás díját saját maga köteles kifizetni.

23. Ha az ellátásszervező a szolgáltatást – a 9. pont szerint – egy vele szerződéses kapcsolatban nem álló egészségügyi szolgáltatónál szervezi meg, akkor a szolgáltató által kiállított számla alapján a biztosított fizeti ki a szolgáltatás költségét a szolgáltatónak. Az ellátásszervező – a biztosított által hozzá benyújtott számla alapján – a jelen szerződési feltételek szerint indokolt költséget megtéríti a biztosított részére.

## A biztosítási fedezet megszűnése

24. A jelen szerződési feltételek szerint létrejött biztosítási fedezet megszűnik :
- a) a Csoportos személybiztosítás Általános Szerződési Feltételeinek 63. és 64. pontjában meghatározottak szerint a szerződés megszűnésével, továbbá
  - b) az egyes biztosítottak vonatkozásában a szerződésnek a biztosított 66. életéve betöltését követő évfordulóján.

## Kizárások

25. **Nem biztosítási esemény ezért a biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást** az alábbi esetekben
- a) meddősséggel kapcsolatos beavatkozás és kezelés,
  - b) a 7. II. p) pontban szereplő urológiai ellátás keretein belül az andrológiai vizsgálat vagy ellátás,
  - c) a 7. II. j) és 7. VI. pontban szereplő nőgyógyászati ellátás, illetve terhsgondozás – ide értve a biztosított várandóssága alatt elvégzendő orvosi vizsgálatokat is – az évi négy vizsgálatot meghaladó további vizsgálatokra,- továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre,
  - d) a 8. IX. pontban szereplő terhsgondozás – ide értve a biztosított várandóssága alatt elvégzendő orvosi vizsgálatokat is – az évi négy vizsgálatot meghaladó további vizsgálatokra,- továbbá alkalmanként a 20 000 forintot meghaladó költségre,
  - e) a 7. II. b) pont szerinti bőrgyógyászati ellátás esetén az évi négy ellátást meghaladó további vizsgálatokra vagy kezelésekre, továbbá alkalmanként a 15 000 forintot meghaladó költségre,
  - f) a 7. II. g) pont szerinti gastroenterológiai ellátás keretein belül colonoscopia esetén az altatás költségeire, továbbá a virtuális

- endoscopia és capsula endoscopia költségeire,
- g) a 8. III. j) szerinti gastroenterológiai ellátás keretein belül a virtuális colonoscopia és capsula endoscopia költségeire,
- h) a 7. III. pontban felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálat,
- i) a 8. IV. és V. pontban felsorolt laboratóriumi vizsgálatokon kívüli bármilyen más laboratóriumi vizsgálat,
- j) sürgősségi ellátás vagy vizsgálat,
- k) nemi úton terjedő betegségekkel kapcsolatos vizsgálat vagy ellátás a 7. pontban meghatározott Dolgozói csomag esetében,
- l) injekciós kezelés, infúziós kúra,
- m) szépészeti célú vizsgálat vagy beavatkozás,
- n) szakértői tevékenység, szakvélemény, orvosi alkalmassági vizsgálat, receptírás, szakorvosi javaslat, láttelep céljából történő vizsgálat vagy ellátás,
- o) védőoltásokkal kapcsolatos ellátások,
- p) terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatok vagy ellátások,
- q) látásjavító szemészeti műtét
- r) a jelen feltételek 7. és 8. pontjában meghatározott prevenciószűrővizsgálatokon túl bármely egyéb szűrési célból végzett vizsgálat,
- s) a 8. pontban meghatározott Vezetői csomag esetében nem igazolt daganatos betegségek követésére szolgáló Pet CT.
26. **Nem biztosítási esemény** az évi négy igénybevételt meghaladó további ellátás az alábbi egészségügyi szakterületeken egyenként
- a) a 7. II. pont szerinti járóbeteg szakellátás szakmánként,
- b) a 7. III. pont szerinti labor diagnosztika, valamint
- c) a 7. IV. pont szerinti diagnosztikai vizsgálatok.
27. **Nem biztosítási esemény a 7. V. pont szerinti nagy értékű diagnosztikai ellátás évi két igénybevételt meghaladó további igénybevétele.**
28. **Nem biztosítási esemény a 8. III. h) pontban meghatározott évi tíz ellátást meghaladó további ellátás igénybevétele.**
29. a 7. IV. h) és a 8. VI. h) pontban meghatározott évi egy vizsgálatot meghaladó további vizsgálat igénybevétele.
30. A 8. VIII. pontban meghatározott évi egy vizsgálatot meghaladó további vizsgálat igénybevétele.
31. Azt, hogy a biztosító mely további esetekben nem teljesít szolgáltatást, a Csoportos személybiztosítás Szerződési Feltételei tartalmazzák.
- A várakozási idő**
32. A biztosító a jelen szerződési feltételek alapján létrejött biztosítási fedezet esetében a várandóssággal kapcsolatos a 7 II. j) pont és 7. VI. valamint 8. III. m) és 8. IX. pont szerinti szolgáltatásokra a biztosítási fedezet létrejöttétől számított 6 hónap várakozási időt köt ki. Ha a biztosítási esemény a várakozási időn belül következik be, a biztosító nem teljesít szolgáltatást.
- Allianz Hungária Zrt.**  
 1087 Budapest, Könyves Kálmán körút 48-52. Cégjegyzékszám: Fővárosi Bíróság mint cégbíróság, Cg. 01-10-041356
- Budapest, 2013. március 26.

1. számú melléklet az Orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet Különös Szerződési Feltételeihez

# A költségmentes Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás feltételei

1. Az Allianz Hungária Zrt. (továbbiakban: biztosító) a jelen feltételek alapján egészségügyi szolgáltató partnere (az Advance Medical Hungary Kft., a továbbiakban: szolgáltató) révén 24 órás orvosi call center szolgáltatást nyújt abban az esetben, ha a csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosítási szerződésre az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet (a továbbiakban: orvosi ellátásra szóló fedezet) érvényben van. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatásra a jelen szerződési feltételek érvényesek.

## Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás

**2. Az orvosi call center szolgáltatás éjjel-nappali orvosi tanácsadást jelent, mely a 06-1-461-1555 telefonszámon érhető el.**

## A szolgáltatás igénybe vétele

3. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a szolgáltató nem emelt díjas telefonszáma felhívásával vehető igénybe, amennyiben az csoportos élet-, baleset-, és egészségbiztosítás (továbbiakban: Csoportos személybiztosítás) biztosítás szerződője, valamint az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet biztosítottja az ajánlat, valamint az orvosi ellátásra szóló fedezet létrejöttére szóló Biztosított Nyilatkozat aláírásával hozzájárulását adta, hogy a Csoportos személybiztosítási szerződésre tett ajánlatban, valamint a Biztosított Nyilatkozatban megadott, az alábbiakban meghatározott adatait (továbbiakban: adatok) továbbá ezen adatok változása esetén a megváltozott adatokat a biztosító kezelje és továbbítsa – meghatározott gyakorisággal – a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben. Az adatok köre: név, természetes személy születési helye és ideje, cím, szerződésszám, e-mail cím, mobiltelefonszám.

4. A szolgáltatás igénybevételére a jelen feltételek alapján az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja jogosult, feltéve, hogy az alábbiakban megjelölt azonosításhoz szükséges adatokkal azonosítja magát. Az azonosításhoz szükséges adatok:

- a Csoportos személybiztosítási szerződés szerződésszáma,
- az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottjának neve,

- az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja édesanyjának neve,
- az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottjának születési ideje.

A szolgáltatás igénybevétele során a szolgáltató minden esetben azonosítja az ügyfelet.

5. Az Allianz Orvosi Call Center hívható az év minden napján, a nap 24 órájában, ahol szakképzett, gyakorló orvosok tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:

- a) életmóddal, egészségmegőrzéssel, orvosi dokumentáció értelmezésével kapcsolatos kérdések;
- b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, mellékhatásait, alkalmazhatóságát, helyettesíthetőségét, árát illetően;
- c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről;
- d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszertárakról;
- e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a [www.allianz.hu](http://www.allianz.hu) weboldaltól is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdéseiket.

6. A szolgáltató a választ a kérdésfeltevést követően 24 órán belül a szolgáltatásra jogosult által megadott e-mail címre küldi meg.

## Adatkezeléshez adott hozzájárulás

7. A Csoportos személybiztosítási szerződés szerződője az ajánlat, a biztosítottja pedig az orvosi ellátásra szóló egészségbiztosítási fedezet létrejöttére szóló hozzájáruló nyilatkozata (Biztosított Nyilatkozat) alapján hozzájárul ahhoz, hogy a szolgáltató továbbítsa az adatokat az együttműködő partnereire (ideértve az orvosokat, a mobil-, a telefon- valamint az internetszolgáltatókat) számára, akik a szolgáltatásnyújtás megszűnéséig a szolgáltatás teljesítéséig szükséges mértékben és ideig jogosultak az adatokat kezelni. A szerződő és az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja kérésére a szolgáltató tájékoztatást ad azon együttműködő partnereinek személyéről, akik az adatokhoz a fenti módon hozzáfértek.



8. Az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja – a Biztosítotti Nyilatkozata alapján - aláírásával hozzájárul ahhoz, hogy a biztosító honlapján írásban feltett kérdéseit a biztosító e-mailen továbbítsa a szolgáltató részére a szolgáltatással összefüggésben, és a kérdésekre adott válaszokat a szolgáltató, valamint az együttműködő partnerei a biztosított által megadott e-mail címre küldjék meg.

## Egyéb rendelkezések

9. Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás során nyújtott információk kizárólag tájékoztató jellegűek, a személyes orvosi vizsgálatot nem helyettesítik.

10. A biztosító a szolgáltató által nyújtott Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás nyújtását bármikor, egyoldalúan indoklás nélkül megszüntetheti. A szolgáltatás költségmentességére tekintettel sem a Csoportos személybiztosítási szerződés szerződője, sem az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja a szolgáltatás megszüntetése miatt a biztosítóval szemben igényérvényesítéssel nem él.

11. Amennyiben a Csoportos személybiztosítási szerződés szerződője, vagy az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja a szolgáltatás igénybevételét, illetve az adatok kezeléséhez adott hozzájárulást az [ugyfelszolgalat@allianz.hu](mailto:ugyfelszolgalat@allianz.hu) e-mail címre küldött nyilatkozattal megszünteti, az abban foglalt szolgáltatás nyújtása a biztosított részére az adatok törlésével megszűnik, és a jelen feltételek hatályukat veszítik.

12. A biztosító nem vállal felelősséget az orvosi Call Center szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a kért tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve az orvosi vélemény helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.

**13. Az orvosi ellátásra szóló fedezet biztosítottja a biztosítási fedezet létrejöttéhez adott írásbeli hozzájárulásával nyilatkozik arról, hogy igénybe kívánja venni az Allianz Hungária Zrt. szerződött partnere, az Advance Medical Hungary Kft. révén ingyenesen nyújtott Allianz Orvosi Call Center szolgáltatást.**

Budapest, 2013. március 26.

