

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 ügyfélértékelő elemi vastag betűvel, míg a Ptk-ban foglaltaktól és/vagy az általános szerződés-kötési gyakorlatról 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 bekövetkező balesete vagy betegsége miatt szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

1.1.2. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő szükséges és orvosilag indokolt egészségügyi ellátása is, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, valamint ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása.

1.1.3. *Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (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 kezelésnek a beteg állapotának megfelelő változtatását érti.*

1.1.4. *Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett járóbeteg-szakellátás.*

1.1.5. *Nem minősül biztosítási eseménynek a biztosítottnak a kockázatviselés kezdete előtt fennálló terhessége. Ha a terhesség a kockázatviselés kezdetét követően jött létre, akkor a biztosító a terhességgel összefüggésben összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálathoz tartozó, a hatályos orvosszakmai protokoll által előírt ultrahang vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. A Biztosító kockázatvállalása nem terjed ki a 3D, 4D és 5D ultrahang vizsgálatokra és a magzati szív ultrahangra, sem pedig a terhességgel kapcsolatos laboratóriumi vagy egyéb diagnosztikai vizsgálatokra (pl. NST/CTG).*

1.1.6. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett járóbeteg szakellátás napja.

1.1.7. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.1.8. *Házivizit szolgáltatást kizárólag sürgős (de nem életveszélyes) esetben, Budapestten 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 a házivizit költségének 30%-a, de minimum 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.*

1.2. Diagnosztikai vizsgálatok

1.2.1. Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, *illetőleg a kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (ide értve a krónikus betegségeket is) illetve bekövetkezett balesetével összefüggésben felmerülő panaszok miatt szükséges és orvosilag indokolt, szakorvos által elrendelt laboratóriumi és egyéb, nem a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokhoz sorolt diagnosztikai vizsgálata.*

1.2.2. *Nem biztosítási esemény a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt kialakult betegségével (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.*

1.2.3. *Nem minősül biztosítási eseménynek a szűrővizsgálat céljából igénybe vett diagnosztikai vizsgálat iránti igény.*

1.2.4. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett diagnosztikai vizsgálat napja.

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.

1.3. Nagyértékű diagnosztika

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:

- PET-CT (pozitron-emissziós tomográfiai diagnosztika)
- Cardio-CT (tomográfiai diagnosztika)
- MR (mágneses rezonancia diagnosztika)
- CT (computer tomográf – számítógépes rétegvétel diagnosztika)
- Endoszkópos vizsgálatok.

1.3.2. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett nagyértékű diagnosztikai vizsgálat napja.

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.

1.4. Egnapos sebészeti ellátás

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 felmerülő egnapos sebészeti ellátása, amennyiben az orvos-szakmailag indokolt.

1.4.2. *A biztosítási fedezet nem terjed ki arra az esetre, ha az egnapos sebészeti ellátás alatt vagy utána olyan, a műtéttel összefüggő szövődemény következik be, amely a biztosítottnak a tervezettnél hosszabb ideig tartó, akár más intézményben történő kórházi ellátását vagy a tervezettnél eltérő orvosi ellátását igényli.*

1.4.3. A biztosítási esemény időpontja az igénybevett egnapos sebészeti ellátás napja.

1.4.4. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi az igényelt egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.5. Második orvosi vélemény

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.

1.5.2. A második orvosi vélemény szolgáltatást a biztosított kizárólag az alábbi súlyos betegségek kapcsán veheti igénybe:

- rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
- szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
- szervátültetések;
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
- az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
- a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
- életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

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.*

1.5.4. A biztosítási esemény időpontja a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges kérelem kérdőív és jogi nyilatkozat ellátásszervezőhöz történő benyújtásának időpontja.

1.5.5. A biztosító szolgáltatása, hogy ellátásszervező partnere révén megszervezi a második orvosi vélemény szolgáltatást és finanszírozza annak költségét a biztosítottra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig.

1.6. Védőoltás tanácsadás

1.6.1. Amennyiben a 18 év alatti biztosított alapszolgáltatási csomagként Gyermekek csomaggal rendelkezik, a biztosító a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által védőoltásokkal kapcsolatos tanácsadás szolgáltatást nyújt.

1.6.2. *A szolgáltatás tartalma egy biztosítási évenként egyszer igényelhető gyermekorvosi konzultáció, amelynek során az alábbi kérdések kapcsán ad a szakorvos tájékoztatást:*

- jogszabály által előírt kötelező védőoltások,

- b) ajánlott védőoltások és azok költségvonzata,
c) védőoltások lehetséges következményei.
- 1.6.3. A biztosító az esetleges védőoltás beadás és a vakcina költségét nem téríti.
- 1.6.4. A védőoltási tanácsadás igénybevétele nem terheli a biztosított járóbeteg szakellátásra vonatkozó szolgáltatási limitjét.
- 1.7. Orvosi call center szolgáltatás**
- 1.7.1. 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.
- 1.7.2. 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:
- egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések,
 - tájékoztatók gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
 - tájékoztatók orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
 - tájékoztatók ügyeletes gyógyszerárakról,
 - tájékoztatók egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
- 1.7.3. A szolgáltatást a biztosított a kockázatviselés teljes tartama alatt, korlátlanul veheti igénybe.
- 1.7.4. 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.
- 1.7.5. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.
- 1.7.6. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.
- 1.7.7. 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.
- 1.8. Rizikó felmérés**
- Biztosítási évente 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 az ellátásszervező 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.**
- 1.9. 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 javaslattal, kivéve ez alól a járóbeteg szakellátást és a jelen Különös Feltételek 1.6-1.8. pontjában meghatározott szolgáltatásokat.
- 1.10. **Az egészségügyi ellátást az Általános Biztosítási Feltételek 1. 20. pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja,** melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért 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 15 nap várakozási időt köt ki.
- 3. Önrész**
- 3.1. A biztosítás megköthető önrész vállalásával.
- 3.2. **Az önrész kizárólag a Járóbeteg-szakellátás költségénél kerül érvényesítésre.**

- 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 1.1.7. 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 egészségügyi szolgáltató felé az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor.**
- 3.5. **Amennyiben a PrivateMed Next Általános Biztosítási Feltételek 10.3. pontjában leírt árindeks meghaladja a 125%-ot, illetve a 10.3. pontban meghatározott szolgáltatói árindeks 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 árindeks 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 egyeztetet 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 15 munkanapon belül juttatja el a biztosított számára attól a naptól számítva, hogy a vélemény elkészítéséhez szükséges valamennyi dokumentum beérkezett az ellátásszervezőhöz.
- 5. A kockázatviselésből kizárt kockázatok**
Az Általános Biztosítási feltételek 15. pontjában foglaltakon túlmenően nem minősül biztosítási eseménynek:
- 5.1. az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé, kivéve a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat;
- 5.2. az olyan ellátás, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül válik szükségessé, vagy amellyel kapcsolatban a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselési kezdetet követő 15 napon belül orvoshoz fordult.
- 5.3. a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra vonatkozó igény, amennyiben a nagyértékű diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos/nem a feltételezett diagnózisnak megfelelő szakterület szakorvosa által kiállított javaslatot/beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat.
- 5.4. az alábbi műtétek:
- 5.4.1. Orrsövény-műtét
- 5.4.2. Gyomor bypass műtétek
- 5.4.3. Gyomorbálon műtétek, akkor is, ha ambuláns sebészeti ellátás keretében végezték el
- 5.4.4. Veleszületett betegségekkel, fejlődési rendellenességekkel kapcsolatos műtétek és beavatkozások
- 5.4.5. Visszér műtétek
- 5.5. Az olyan ambuláns műtét, amely az adott biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett baleset/meglévő betegség vagy állapot következtében válik szükségessé.

6. Az ellátásszervező felelőssége

- 6.1. Az **ellátásszervező** orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.
- 6.2. Az ellátásszervező **mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.**
- 6.3. *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.*
- 6.4. **Nem terjed ki az ellátásszervező és a biztosító felelőssége a szolgáltatók által végzett orvos szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.**

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.