

Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

A társaság:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Magyarországon bejegyzett, a Magyar Nemzeti Bank által felügyelt biztosító részvénytársaság



A termék:

PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás

UNION

VIENNA INSURANCE GROUP

Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen a PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

Milyen típusú biztosításról van szó?

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról, amely az 1995. évi személyi jövedelemadóról szóló CXVII. törvény 3.§ 91. pontja szerint kockázati biztosításnak minősül.

Az Ön(ök) által fizetett díjért cserébe a biztosított(ak) betegségei esetén a biztosító megszervezi és állja az orvosi ellátások költségeit a biztosítóval szerződésben álló ellátásszervező magán-egészségügyi szolgáltató partnereinél (magánrendelők, magánkórházak).

Ez azt jelenti, hogy a biztosított nem kap pénzbeli szolgáltatást a biztosítótól, a biztosított telefonos orvosi tanácsadásra, a biztosító által megszervezett személyes egészségügyi tanácsadás és egészségügyi szolgáltatások igénybevételére jogosult.



Mire terjed ki a biztosítás?

A biztosítás finanszíroz:

- ✓ járóbeteg-szakorvosi ellátásokat,
- ✓ laborvizsgálatokat,
- ✓ más diagnosztikai vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang, stb.),
- ✓ ambuláns és egynapos műtéteket,
- ✓ nagyértékű képkalkotó diagnosztikai eljárásokat (CT, PET-CT, MRI és cardio-CT, endoszkópos vizsgálat),
- ✓ non-stop elérhető orvosi tanácsadást,
- ✓ második orvosi szakvélemény kérését,
- ✓ és a biztosított választása szerinti prevenciók kiegészítő szolgáltatásokat is (szűrővizsgálatok szervezése és finanszírozása).

Biztosítási szolgáltatások	Standard csomag szűrés nélkül	Standard csomag szűréssel	Deluxe csomag szűrés nélkül	Deluxe csomag szűréssel	Gyermek csomag
Önrész*	5.000 Ft	5.000 Ft	5.000 Ft	5.000 Ft	5.000 Ft
Járóbeteg szakellátás**	250.000 Ft	250.000 Ft	korlátlanul	korlátlanul	250.000 Ft
Diagnosztika	100.000 Ft	100.000 Ft	100.000 Ft	100.000 Ft	100.000 Ft
Nagyértékű diagnosztika	250.000 Ft	250.000 Ft	korlátlanul	korlátlanul	250.000 Ft
Egynapos sebészet	300.000 Ft	300.000 Ft	600.000 Ft	600.000 Ft	300.000 Ft
Rizikófelmérés	évente 1x	évente 1x	évente 1x	évente 1x	–
Védőoltási tanácsadás	–	–	–	–	évente 1x
Orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Szűrőcsomag	–	Standard/ Deluxe	–	Standard/ Deluxe	–

* Az önrész kizárólag a Járóbeteg-szakellátás költségénél kerül érvényesítésre, az önrész mértéke a szakorvosi vizsgálat típusától függetlenül egységesen 5 000 Ft.

Az önrész térítésére a biztosított köteles. Az önrész megfizetése az ellátásszervezőnél történik, a szolgáltatás megrendelésekor. Az önrész megfizetése az időpontfoglalás feltétele.

** Az ambuláns sebészeti ellátás része a járóbeteg szakellátásnak. Bőrgyógyászati szublimit: 100 000 Ft.



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Nem finanszírozza a biztosító :

- ✗ külföldön működő szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátás költségét,
- ✗ sürgősségi ellátás költségét,
- ✗ az olyan egészségügyi ellátások költségét, amelyek már a biztosítás megkötése előtt fennálló betegség miatt válnak szükségessé, kivéve ez alól a járóbeteg szakellátást és a diagnosztikai vizsgálatokat,
- ✗ foglalkozás-egészségügyi ellátások költségét,
- ✗ a reprodukciós képességgel kapcsolatban felmerülő egészségügyi ellátás költségét, ide értve a meddőség kivizsgálására vagy a meddőség gyógyítására irányuló beavatkozásokat,
- ✗ az orvosilag nem indokolt terhességmegszakítás költségét,
- ✗ az esztétikai célú plasztikai műtétek költségét,
- ✗ a fogászati ellátásokat,
- ✗ a pszichiátriai, pszichológiai, onkológiai, reumatológiai gondozást, valamint a mozgásszervi rehabilitációt,

A fenti felsorolás nem teljes. A biztosító által nem térített események tételes és pontos felsorolását a PERFEKT PRO MED Ügyvédi Egészségbiztosítás feltételei és ügyféltájékoztatója tartalmazza.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! életkori: 1 évnél fiatalabb és 69 éven felüli biztosítottakra nem köthető, és a 70., gyermek biztosított esetén a 18. életév betöltését követő évfordulón megszűnik,
- ! biztosító által finanszírozott szűrővizsgálatokra kiegészítő csomag megvásárlásával vehető csak igénybe
- ! nincs lehetőség fedezet-feltöltésre, ha év közben elfogy a keret
- ! a Gyermekek csomaghoz szűrővizsgálati kiegészítő csomag nem választható
- ! a biztosító 15 nap várakozási időt alkalmaz, ami azt jelenti, hogy biztosítási szolgáltatás először a kockázatviselés kezdetét követő 16. napon vehető igénybe



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás kizárólag a magyarországi szolgáltatóknál igénybevett ellátásokat fedezi, kizárólag abban az esetben, ha az ellátást Ön a biztosító ellátásszervező partnerének tudtával és jóváhagyásával vette igénybe.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A szerződőt, illetve a biztosítottat:

- a szerződés kezdetekor közlési kötelezettség,
- a szerződés tartama alatt díjfizetési, változás-bejelentési, kármegelőzési kötelezettség,
- kár esetén felvilágosítási és információ-adási kötelezettség terheli.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A szerződés éves díja fizethető negyedéves és éves részletekben is. A biztosítás első díja a biztosított csatlakozási nyilatkozat megtételekor esedékes. Minden folytatólagos díj annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre vonatkozik.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A Biztosító kockázatviselése a biztosított nyilatkozat aláírását követő hónap első napjának 0. órájkor kezdődik, amennyiben a díjat a biztosított a biztosító számlájára megfizette.

A biztosító kockázatviselése egy biztosított vonatkozásában az alábbi esetekben szűnik meg:

- a biztosított halálának napján,
- a szerződőnél fennálló egyesületi tagsági viszony megszűnése esetén mind a tagi, mind a tagi hozzátartozói biztosított vonatkozásában a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 24. órájával, a tagsági jogviszony megszűnéséről a biztosított köteles írásban tájékoztatni a biztosítót a tagsági jogviszony megszűnését követő 5 munkanapon belül,
- a biztosított nyilatkozat visszavonásával, a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 24. órájával, a biztosított nyilatkozat visszavonására kizárólag évfordulóra van lehetőség,
- 18 éven felüli biztosított esetén a 70. életévének betöltését követő első biztosítási évfordulón,
- gyermek biztosított esetén a 18. életévének betöltését követő első biztosítási évfordulón,
- amennyiben az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási díj nem került megfizetésre, a díjjal fedezett időszak végével,
- amennyiben a biztosított nem fogadja el a biztosítási díj módosítását,
- a csoportos biztosítási szerződés megszűnésekor, a díjjal fedezett időszak utolsó napjának 24. órájával.



Hogyan szüntethetem meg a biztosítást?

A biztosítási szerződés rendkívüli felmondással történő megszüntetésére a szerződő jogosult.

Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosított jogviszony megszűnésére ld. az előző pontot.