

# Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

# UNION

VIENNA INSURANCE GROUP

A társaság:

**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**  
Magyarországon bejegyzett, a Magyar Nemzeti Bank  
által felügyelt biztosító részvénytársaság

A termék:

**CIB Egészségőr 3.0 egészségbiztosítás**  
a CIB Bank Zrt. lakossági bankszámlával  
rendelkező ügyfelei számára

A termékre vonatkozó teljes körű, szerződéskötés előtti és szerződéses tájékoztatás a CIB Egészségőr 3.0 egészségbiztosításra vonatkozó Általános- és Különös Biztosítási Feltételekben érhetőek el. Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen a CIB Egészségőr 3.0 egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

A CIB Egészségőr 3.0 egészségbiztosítás egy csoportos biztosítás, amely a CIB Bank Zrt. mint szerződő és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. mint biztosító között jött létre, és amelyhez a CIB Bank Zrt.-nél lakossági bankszámlával rendelkező magánszemélyek, illetve az ő közeli hozzátartozóik csatlakozhatnak biztosítottként Csatlakozási nyilatkozat megtétele útján.

## 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 által fizetett biztosítási díjért cserébe betegsége esetén a biztosító megszervezi és megfizeti az orvosi ellátások költségeit a biztosítási feltételekben foglaltak szerint, a limit erejéig az önrész fizetési kötelezettség figyelembe vételével a biztosítóval szerződésben álló ellátásszervező magán-egészségügyi szolgáltató partnereinél (magánrendelők, magánkórházak). Ez azt jelenti, hogy a biztosított (a Hope Plusz kiegészítő biztosítás kivételével) nem kap pénzbeli szolgáltatást a biztosítótól, a biztosított telefonos egészségügyi információs szolgáltatásra, a biztosító által megszervezett személyes egészségügyi tanácsadásra és egészségügyi szolgáltatások igénybevételére jogosult.



### Mire terjed ki a biztosítás?

A biztosítás finanszírozza:

- ✓ szakorvosi vizsgálatokat,
- ✓ laborvizsgálatokat,
- ✓ más diagnosztikai vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang stb.),
- ✓ ambuláns és egynapos műtéteket,
- ✓ nagyértékű képalkotó diagnosztikai eljárásokat (CT, PET-CT, MRI és cardio-CT, endoszkópos vizsgálat),
- ✓ non-stop elérhető egészségügyi információs szolgáltatást,
- ✓ második orvosi szakvélemény kérését,
- ✓ és az Ön választása szerinti kiegészítő szolgáltatásokat is (egyösszegű térítés és járadékfizetés rosszindulatú daganatos betegségek esetén)

Az egyes biztosítási csomagokra eltérő szolgáltatási limitek vonatkoznak, amelyekről Ön a CIB Egészségőr 3.0 egészségbiztosítás biztosítási feltételeiben tájékozódhat.



### Mire nem terjed ki a biztosítás?

Nem finanszírozza a biztosító:

- ✗ a külföldön működő szolgáltatók által nyújtott, külföldön igénybe vett 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, ideértve 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 biztosítási feltételek tartalmazzák.



## Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! a Korlátozott járóbeteg ellátás, a Járóbeteg ellátás, a Diagnosztikai vizsgálatok, a Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok és az Egynapos sebészeti ellátás esetén a Biztosító egységesen 10 000 Ft összegű önrészt alkalmaz, amelyet a Biztosítottnak az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az egészségügyi szolgáltatónál kell megfizetnie,
- ! életkori: 6 hónaposnál fiatalabb és 69 éven felüli biztosítottakra nem köthető, és a 70. életév betöltését követő évfordulón megszűnik,
- ! szűrővizsgálatokra nem vehető igénybe,
- ! nincs lehetőség fedezet-feltöltésre, ha év közben kimerül a szolgáltatási keret,
- ! a Hope Plusz kiegészítő nem választható abban az esetben, ha a biztosítottnál már diagnosztizáltak valaha rosszindulatú daganatos megbetegedést,
- ! a szolgáltatás igénybevétele egyeztetett időpontot a biztosítottnak csak egyszer van lehetősége következmények nélkül lemondani, legkésőbb két munkanappal az időpontot megelőzően és kizárólag az ellátásszervezőn keresztül; amennyiben a biztosított a vizsgálat időpontját megelőző két munkanapon belül vagy másodszor mondja le/módosítja az időpontot, vagy nem jelenik meg az ellátásra egyeztetett időpontban vagy nem az ellátásszervezőnél mondja le/módosítja az időpontot, a biztosító a biztosított rendelkezésére álló, adott ellátásra vonatkozó éves limitet csökkenti a tervezett ellátás elmaradásából eredő költségével, 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,
- ! a biztosítási jogviszonyt a biztosított kizárólag a rá vonatkozó biztosítási évfordulóra tudja megszüntetni a Csatlakozási nyilatkozat visszavonásával,
- ! biztosítási csomagot kizárólag a rá vonatkozó biztosítási évfordulón módosíthat a biztosított, amennyiben ezt az igényét legalább 30 nappal a rá vonatkozó biztosítási évforduló előtt írásban jelzi a szerződő felé,
- ! a biztosító 15 nap várakozási időt köt ki a szolgáltatás igénybevételeire, ez azt jelenti, hogy a Csatlakozási nyilatkozat megtételét követő hónap 15. napját követően vehető igénybe leghamarabb a szolgáltatás.
- ! Az ellátásszervező személyében változás következhet be, amely esetben a változás hatályba lépését megelőzően 30 nappal a biztosítottakat a szerződő fogja e-mailben tájékoztatni az új ellátásszervező személyéről és elérhetőségeiről.



## 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 szerződés kezdetekor közlési kötelezettség,
- a szerződés tartama alatt díjfizetési, változás-bejelentési, kármegelőzési és önrészfizetési kötelezettség,
- felvilágosítási és információ-adási kötelezettség terheli Önt.



## Mikor és hogyan kell fizetnem?

A biztosítási díj megfizetésére a szerződő köteles. A szerződő az általa megfizetett biztosítási díjat áthárítja a biztosítottra. Az áthárított biztosítási díjat a biztosított havi gyakorisággal előre fizeti meg, oly módon, hogy a szerződő havonta megterheli a számlatulajdonos bankszámláját az esedékes biztosítási díj összegével. A biztosító a biztosítás díját évente egyszer módosíthatja.



## Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselésének kezdete a biztosított által a szerződő felé tett Csatlakozási nyilatkozat szerződő általi átvételét követő hónap első napja, amennyiben a szerződő ezt elfogadja és 5 napon belül e-mail-ben visszaigazolja a biztosítottnak, illetve, amennyiben a biztosítás első havi díja a nyilatkozat megtételét követő hónap 2. napjáig a biztosított által megfizetésre kerül.

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

- a csoportos biztosítási szerződés megszűnésének napján 24:00 órakor
- a biztosított halálának napján,
- azon biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor, amelyben a biztosított betölti a 70. életévét,
- a Csatlakozási nyilatkozat biztosított által történő visszavonása esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón 24:00 órakor,
- a szerződő és a bankszámlatulajdonos között fennálló bankszámla szerződés megszűnése esetén, a díjjal fedezett hónap utolsó napján 24:00 órakor,
- amennyiben a biztosított a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig a szerződő részére a szerződő által áthárított biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor,
- elállás esetén a kockázatviselés kezdetének napján 0:00 órakor,
- amennyiben a biztosítási díj módosul, a módosított biztosítási díj el nem fogadása esetén, a díjjal fedezett hónap utolsó napján, de legkésőbb az adott Biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón.



## Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A szerződés a CIB Bank Zrt. és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. között jött létre, Ön biztosítottként a szerződés megszüntetésére nem, kizárólag a biztosított jogviszony megszüntetésére jogosult, a Csatlakozási nyilatkozat visszavonása által.