

Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

UNION
VIENNA INSURANCE GROUP

A társaság: UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., Magyarország

A termék: CIB Egészségőr csoportos egészségbiztosítás

Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen a CIB Egészségőr csoportos egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

Milyen típusú biztosításról van szó?

Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosításról, amely a 1995. évi személyi jövedelemadóról szóló CXII. törvény 1. számú melléklet 6.3 pontja szerint kockázati biztosításnak minősül.

Az Önök által fizetett díjért cserébe a biztosítottak betegségei esetén a biztosító megszervezi és állja az orvosi ellátások költségeit a biztosítóval szerződésben lévő magán-egészségügyi szolgáltatóknál (magánrendelők, magánkórházak). Tehát a biztosított nem kap pénzt a biztosítótól, ő az orvosi szolgáltatást kapja (kiv. kiegészítő Hope Plusz).



Mire terjed ki a biztosítás?

A biztosítás finanszírozza:

- ✓ a járóbeteg-szakorvosi ellátásokat,
- ✓ laborvizsgálatokat,
- ✓ más diagnosztikai vizsgálatokat (pl. röntgen, ultrahang, stb.),
- ✓ ambuláns és egynapos műtéteket,
- ✓ nagyértékű képkalkotó diagnosztikai eljárásokat (CT, PET-CT, MRI),
- ✓ non-stop orvosi call centert,
- ✓ második orvosi szakvélemény kérését,
- ✓ szűrővizsgálatokat,
- ✓ és egyéb kiegészítő szolgáltatásokat is (pl. rosszindulatú daganatos betegségek esetén járadék).

Kockázatok	Standard csomag éves limitjei	Optimum csomag éves limitjei	Prémium csomag
Járóbeteg-szakellátás	7 szakma évi 100 000 Ft-ig, labor- és diagnosztikai vizsgálatok évi 50 000 Ft-ig	300 000 Ft (de: laborvizsgálatok 75 000 Ft/év, bőrgyógyászat 100 000 Ft/év)	korlátlan (de: laborvizsgálatok 100 000 Ft/év, bőrgyógyászat 100 000 Ft/év)
Nagyértékű képkalkotó diagnosztika (MRI, CT, PET-CT, Cardio-CT)	250 000 Ft	300 000 Ft	korlátlan
Egynapos sebészet	150 000 Ft	300 000 Ft	korlátlan
7/24 orvosi call center	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan	korlátlan	korlátlan
Közepes szűrővizsgálati csomag	-	évente egyszer	-
Személyre szabott szűrővizsgálati csomag	-	-	évente egyszer
Kiegészítő szolgáltatási csomagok			
Hope Plusz (rosszindulatú daganatos betegségek bekövetkezése esetére)			
Ezüst csomag	Egyszeri kifizetés: 1 000 000 Ft Járadék 18 hónapig: 50 000 Ft/hó		
Arany csomag	Egyszeri kifizetés: 3 000 000 Ft Járadék 18 hónapig: 150 000 Ft/hó		



Mire nem terjed ki a biztosítás?

Nem finanszírozza a biztosító az orvosi ellátás költségeit:

- ✗ külföldön működő szolgáltatóknál,
- ✗ sürgősségi ellátást,
- ✗ egynapos műtét esetén, amely az olyan betegség miatt vált szükségessé, amely betegség már a biztosítás megkötése előtt is fennállt
- ✗ foglalkozás-egészségügyi ellátásokra,
- ✗ ha azok a reprodukciós képességgel kapcsolatosak (meddőség kivizsgálása, annak befolyásolására irányuló beavatkozások),
- ✗ nem orvosi indok miatti terhességmegszakítás esetén,
- ✗ az esztétikai célú plasztikai műtétek esetén,
- ✗ fogászati ellátásokat,
- ✗ pszichiátriai, pszichológiai, onkológiai, reumatológiai, rehabilitációs terápia-sorozatok, gondozás.

A tételes felsorolást a biztosítási feltételek tartalmazzák.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! életkori: 70 éven felüli biztosítottakra nem köthető
- ! nincs lehetőség fedezet-feltöltésre, ha év közben elfogy a keret
- ! csomagot váltani csak biztosítási évfordulóra lehet
- ! a Hope Plusz kiegészítő nem választható olyanok számára, akiknek volt már/van rosszindulatú daganatos betegsége.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A biztosítás kizárólag a magyarországi szolgáltatóknál igénybevett ellátásokat fedezi.



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 biztosítási díj megfizetésére a szerződő köteles. A biztosítottra áthárított biztosítási díjat a biztosított – a csatlakozást követő hónap első napjától – a gyakoriságnak megfelelően köteles megfizetni a szerződő részére.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselése a szerződés aláírását követő hónap első napján kezdődik, amennyiben a díjat a szerződő a biztosító számlájára befizette.

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

- a biztosított halálának napján
- díjnemfizetés esetén
- ha a szerződő bejelenti a biztosítónak, hogy a biztosított kilépett
- a szerződés megszűnésekor (ennek eseteit a feltétel részletezi)



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A biztosítási szerződést kizárólag a szerződő szüntetheti meg. A szerződés az alábbi esetekben szűnik meg:

- a szerződésben meghatározott tartam elteltével
- ha az évforduló előtt 30 nappal bármelyik fél jelzi a felmondási igényét
- díjfizetés elmulasztása esetén
- a szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén.

Az egyes biztosítottak biztosítási jogviszonya megszűnésének eseteit a "Mikortól meddig tart a kockázatviselés?" pont részletezi.