

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. TEMPO PLATINA csoportos egészségbiztosítási szerződésére hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító TEMPO PLATINA csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Feltételek).

## I. Biztosítási események

### 1.1. Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező váratlan betegsége miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg szakellátás keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges.

### 1.2. Házivizit

Éjjel-nappal a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld. A szolgáltatás igénybevétele kizárólag az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett esetekben, az ellátásszervező által szervezett ellátás keretében lehetséges. A szolgáltatás kizárólag sürgős szükségben vehető igénybe, melynek megállapítása kizárólag az ellátásszervező feladata. A szolgáltatás a járóbeteg-szakellátáshoz kapcsolódó szolgáltatási limitek terhére vehető igénybe. A szolgáltatás igénybevétele önrészhez kötött. Az önrész összege a házivizit költségének 30%-a, de minimum 5000 Ft. Az önrész összegét a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti. A szolgáltatás igénybevétele kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

### 1.3. A biztosító az egészségügyi szakellátás szolgáltatásának igénybevételeire egy hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.

## 2. Egynapos sebészeti ellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében szükségessé váló olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozása, amely a biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát. **A biztosító az egynapos sebészeti ellátás szolgáltatásának igénybevételeire egy hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.**

## 3. Orvosi képkalkotó diagnosztikai eljárások

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegség miatt van szükség.

### 3.1. MR Mágneses rezonancia diagnosztika

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

### 3.2. CT (computer tomográf) számítógépes rétegfelvétel diagnosztika

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret-, struktúra-, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

**A biztosító a vizsgálatokra vonatkozó szolgáltatásának igénybevételeire egy hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.**

## 4. A biztosító szolgáltatása

### 4.1. A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított – egészségi állapotának további

vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében az alapellátás orvosa, vagy magánorvos, vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a további ellátásához szükséges (szak)orvosi beutalóval. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse. Az alábbi szakellátások beutaló nélkül is igénybe vehetők: szemészet, gégeészet, bőrgyógyászat, urológia, általános sebészet, nőgyógyászat és tüdőgyógyászat.

### 4.2. Az alábbi szakellátások beutaló nélkül is igénybe vehetők: szemészet, gégeészet, bőrgyógyászat, urológia, általános sebészet, nőgyógyászat és tüdőgyógyászat.

### 4.3. Az 1., 2. és 3. pontokban leírt biztosítási események valamelyikének bekövetkeztekor, az orvosi beutaló birtokában további ellátási igényt a biztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és az orvos között, majd ezt követően megszervezi az egészségi állapotának megfelelő egészségügyi ellátást, mindannyiszor, ahányszor arra a biztosítottnak szüksége van, de legfeljebb a szerződésben szereplő éves térítési limit mértékéig. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.

### 4.4. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.

### 4.5. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató esetében a biztosító az ellátásszervező előzetes engedélye alapján és az általa meghatározott összeg erejéig téríti meg az ellátás költségeit a biztosítottnak utólag, számla ellenében.

### 4.6. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitekből rendelkezésére álló összegekről a 4.3. pontban meghatározott bejelentkezéskor.

### 4.7. Amennyiben a biztosított az adott ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.

### 4.8. A biztosító a Járóbeteg-szakellátás kockázaton belül a bőrgyógyászati ellátást legfeljebb 100 000 Ft/biztosítási évig téríti.

## 5. A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon.

A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, megfelelő tartalmú, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentáció.

A dokumentáció hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül sor kerül a kifizetésre a 4.4., illetve a 4.5., 4.7. és 4.8. pontok szerint.

## 6. A biztosító szolgáltatásából kizárt kockázatok

### 6.1. A biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:

- az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén, kivéve a 4.2. pontban felsorolt esetekben,
- amennyiben az orvosi beutaló nem tartalmazza a beutaló orvos pecsétjét,
- amennyiben az orvosi képkalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi beutalót nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történik,
- amennyiben a biztosított túllépte az éves limitjét, és a szerződő fél nem élt a fedezetfeltöltés lehetőségével, a biztosító nem téríti meg az ellátás költségét.

### 6.2. A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben a járóbeteg-szakellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:

- sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából,
- az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt,
- katasztrófa miatti ellátás,
- járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban,
- tüdőgyógyászati gondozás,
- addiktológiai gondozás,
- alkohológiai gondozás,
- drogbeteg-ellátás, gondozás,

- foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
- akupunktúrás kezelés,
- fogászati szakellátás,
- geriátriai kezelés, gondozás,
- dialízis kezelés,
- digitális dermatoscopia,
- visszer betegség injekciós kezelése (scleroterápia),
- nemibeteg gondozás,
- a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok,
- pszichiátriai kezelés,
- gyógypedagógiai kezelés,
- fizio- és mozgásterápiás kezelés,
- intenzív betegellátás,
- klinikai onkológiai gondozás,
- aneszteziológiai ellátás keretében vagy
- orvosi képkalkító diagnosztikai vizsgálat miatt kerül sor (PET, Cardio-CT).

6.3. Az alábbi ellátásokra nem terjed ki a biztosító kockázatviselése az 1., 2. és 3. pontokban meghatározott biztosítási események kapcsán:

- a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatban, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni,
- terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálathoz tartozó UH vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig.

6.4. A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:

- 6.4.1. Sterilisatio laparoscopica feminae  
Sterilisatio laparoscopica kapoccsal  
Sterilisatio laparoscopica gyűrűvel  
Sterilisatio laparoscopica monopol. elektródával  
Sterilisatio laparoscopica bipol. elektródával
- 6.4.2. Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
- 6.4.3. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- 6.4.4. Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- 6.4.5. Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- 6.4.6. Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- 6.4.7. Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
- 6.4.8. Interruptio laminaria tágitással
- 6.4.9. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- 6.4.10. Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
- 6.4.11. Művi megtermékenyítés
- 6.4.12. Szépészeti okból végzett plasztikai műtetek

## II. Egyéb szolgáltatások

### 1. Második orvosi vélemény

Második orvosi vélemény alatt a jelen megállapodás alkalmazásában a biztosított által az ellátásszervezőnek feltett, a biztosított súlyos betegségre vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos-szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.

1.1. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:

Hozzáférés nemzetközi orvos-szakértők szaktudásához, elismert orvosi-szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá beterveztett minden esetben.

Vezető szakértők kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából.

Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából.

Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítotttól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával.

1.2. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja:

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

A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a

második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

**A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.**

### 2. Orvosi call center igénybevétele

A biztosító a jelen feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.

A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek.

Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:

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

A 24 órás szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe.

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-vizsgálatot. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget.

Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.

Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolására céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább.

**A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest.**

### 3. Az ellátásszervező felelőssége

**Az ellátásszervező orvosilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában.**

**Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt.**

Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételt, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni.

Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a beutaló orvos igazolni nem tudja.

Úgyisntén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi beutaló a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak.

Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást.

**Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.**

### 4. Fedezetfeltöltés

Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a szerződő fél a díjat megfelelően kiegészíti. Ezen jogkövetkezményt a biztosított abban az esetben alkalmazhatja, ha arra legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg a szerződő fél figyelmét felhívta és a fedezetfeltöltés díját közölte.

Ha a szerződő fél a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett biztosítási összeg mellett marad hatályban a folyó biztosítási időszakban.

**UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.**