Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

A termék:
Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre

A társaság:
NN Biztosító Zrt., Magyarországon bejegyzett biztosítótársaság Tevékenységi engedély száma: 04/1991, H-EN-II-85/201

Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, az egészségbiztosítási szerződés megkötése előtt figyelmesen olvassa el az NN Biztosító Zrt. Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Általános és Különös Biztosítási Feltételeit (Biztosítási Feltételek), és ennek ismeretében hozza meg az egészségbiztosítási szerződés megkötésére vonatkozó tájékozott döntését!

Milyen típusú biztosításról van szó?

Egyéni szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítási termék, amely a Biztosított megbetegedése esetén a Biztosítási Feltételekben meghatározott betegségekre és orvosi beavatkozásokra nyújt fedezetet. A Biztosító Ellátásszervező révén a Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget. Az egészségbiztosítási szerződés szolgáltatásaira a Biztosított jogosult.

Mire terjed ki a biztosítás?

Az Egészségbiztosítás a következő betegségekre és orvosi beavatkozásokra nyújt fedezetet:

- Rosszindulatú daganatos betegségek kezelésére;
- Szívműtétekre;
- Idegsebészeti műtétre;
- Élődonoros szervátültetésre.

A Biztosító a Szerződő díjfizetése ellenében az alábbi szolgáltatásokat nyújtja a szolgáltatási összeglimit és szolgáltatási időszak (Szolgáltatási limit) figyelembevételével:

- Második orvosi szakvélemény szolgáltatás;
- Precíziós Medicina szolgáltatás a Különös Biztosítás Feltételekben meghatározott rosszindulatú daganatos betegségek kezelésére szóló egészségbiztosítási fedezethez kapcsolódóan;
- Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás.

A Biztosító várakozási időt alkalmaz.
A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak az egészségbiztosítási szerződés tartama alatt kell bejelenteni a Biztosító részére.

Egészségbiztosítási szerződés külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatására és teljes tartamára (beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is) vonatkozó **maximum szolgáltatási összeglimit („Szolgáltatási összeglimit")**	**2 000 000 €**
A külföldi gyógykezelés befejezését követően fedezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költségeinek térítése, **az itt meghatározott maximum összegig** – az Egészségbiztosítási szerződés teljes tartamára, beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is	**50 000 €** Szolgáltatási összeglimiten belül
Pénzbeli szolgáltatás kórházi tartózkodás esetén a Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatáshoz kapcsolódóan**, maximum 60 napig –** szolgáltatási igényenként	**100 €/nap** Szolgáltatási összeglimiten belül
Pénzbeli szolgáltatás klinikai kutatásban való részvétel esetén a Precíziós medicina szolgáltatáshoz kapcsolódóan**, maximum 60 napig** – az Egészségbiztosítási szerződés **teljes tartamára,** beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is	**100 €/nap** Szolgáltatási összeglimiten belül
Szolgáltatási időszak – Egészségbiztosítási fedezetenként	**36 hónap**

Mire nem terjed ki a biztosítás?

A Biztosító nem teljesít szolgáltatást (a felsorolás nem teljes, további részletek a Biztosítási Feltételekben):

× A Biztosító a kockázatviselés köréből kizárja a várakozási idő alatt kivizsgálás alatt álló, diagnosztizált, kezelt vagy a betegséggel kapcsolatos orvosilag dokumentált első tüneteket mutató, vagy betegség gyanúját felvető vizsgálati eredménnyel bíró állapotokat (tünetmentes esetben is), betegségeket, kivéve az idegsebészeti műtétre, valamint élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezeteket, amennyiben a biztosítási esemény baleset következtében történt. × Minden meglévő betegség esetén melyet a biztosítás kockázatviselésének kezdetét megelőző 10 évben kivizsgáltak, vagy diagnosztizáltak, kezeltek, továbbá minden olyan betegség vagy egészségi állapot, aminek orvosilag dokumentált tünetei a kockázatviselés kezdetét megelőző 10 évben jelentkeztek.	× A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az egészségügyi kezelésre vagy ellátásra, amelyet a Biztosított az előzetes fedezetigazolás kibocsátása előtt igénybe vesz az adott betegséghez kapcsolódóan, illetve arra az egészségügyi kezelésre vagy ellátásra, amelyet nem az előzetes fedezetigazolás szerint vesz igénybe, illetve nem azon szolgáltatásokat (szállás, légitársaság, vasút, taxi) vesz igénybe, amelyet az Ellátásszervező jóváhagyott. × A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki és a Biztosító nem téríti az olyan betegségből vagy orvosi eljárásból eredő költségeket, melyre Különös Feltételekben meghatározott fedezetek kifejezetten nem vonatkoznak.

× **Az egyes fedezetek esetében a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki és a Biztosító nem szolgáltat (a felsorolás nem teljes, további részletek a Biztosítási Feltételekben):**	
Rosszindulatú daganatos betegségek kezelésére szóló egészségbiztosítási fedezet	• HIV (AIDS) pozitív diagnózis mellett fellépő bármely rosszindulatú daganatra, • minden olyan, nem melanóma típusú bőrdaganatra – kivéve a rosszindulatú melanómákat –, amely hisztológiai osztályozás alapján nem terjed túl az epidermiszen (bőrszöveten).
Szívműtétekre szóló egészségbiztosítási fedezet	• Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem szolgáltat abban az esetben, ha a Biztosított szívkoszorúér betegségével kapcsolatban igényel szolgáltatást, melynek kezelése során a by-pass műtéttől eltérő technikát alkalmaztak vagy kapott elvégzésére javaslatot, így például az angioplasztikai sebészet bármely típusa vagy a stentelés.
Szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezet	• Az olyan szervátültetésre, amely alkoholos májbetegség (krónikus túlzott alkoholfogyasztás következtében) kialakuló májelégtelenség miatt válik szükségessé. • Az olyan szervátültetésre, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre, kivéve a csontvelő-átültetést. • Az olyan szervátültetésre, melyben a Biztosított donorként szerepel. • A nem élő donoros szervátültetés esetén. • Az olyan szervátültetésre, mely során őssejt kezelést használnak. • Olyan szervátültetésre, mely a donorszerv megvásárlása miatt válik lehetségessé. • A köldökzsinórvért felhasználó haematopoeticus vérképző őssejt átültetés (HSCT) esetén.
× **További kizárások, valamint a mentesülési okok a Biztosítási Feltételekben találhatók.**	

Hol érvényes a biztosításom?

A biztosítási eseményként meghatározott váratlan esemény a világon bárhol bekövetkezhet, azonban a Biztosító kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett külföldi gyógykezelésekre nyújt fedezetet. Kivételt képeznek ez alól az alábbi szolgáltatások, amelyek esetén a Biztosító fedezi a Magyarország területén felmerült alábbi költségeket a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint:

- A precíziós medicina szolgáltatás esetén, a tesztek elvégzésének költsége, valamint a Biztosított és kisérője utazásával és elszállásolásával kapcsolatosan felmerülő költségek.
- A külföldi gyógykezelés befejezését követően fedezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények, valamint az utógondozás szolgáltatás költségei.

Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

! A Biztosító a biztosítási szerződés létrejöttét követő 180 napos időszakban várakozási időt alkalmaz, ami azt jelenti, hogy a Biztosító nem nyújt szolgáltatást az ezen időszakban bekövetkező, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események esetén. Kivételt képeznek ez alól az idegsebészeti műtétre, valamint élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezetek, amennyiben a biztosítási esemény baleset következtében történik, mert itt nincs várakozási idő.

! A Biztosító Szolgáltatási limiteket alkalmaz.

! A Biztosítottnak az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor már be kell töltenie a 18. életévét, és csak akkor köthető meg, ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetekor még nem töltötte be a 65. életévét.

! Az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltétele, hogy a Biztosítottnak a lakcímet igazoló

hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie.

! A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő/Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

! A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól abban az esetben, ha a Biztosított a kármegelőzési vagy kárenyhítési kötelezettségét megszegi.

Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

A Szerződőt, illetve a Biztosítottat:

- a szerződés kezdetekor közlési kötelezettség,
- a szerződéstartama alatt díjfizetési, változás-bejelentési, kármegelőzési kötelezettség,
- szolgáltatási igény esetén felvilágosítási és információ-adási kötelezettség terheli.

Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A biztosítás díjfizetési gyakorisága havi, negyedéves, féléves vagy éves lehet.
- A díj a vonatkozó időszak első napján esedékes.
- Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történik banki vagy egyéb szolgáltatón keresztül történő átutalással vagy csoportos beszedéssel.
- Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történik ismétlődő bankkártyás fizetéssel.

Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

- Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történik a Biztosító kockázatviselése (a biztosítási szerződés hatályba lépésének időpontja) a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és a Szerződő általi külön jóváhagyását követő nap 00:00 órájától kezdődik, kivéve azon eseteket amikor a Biztosító várakozási időt alkalmaz, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
- Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történik, a Biztosító kockázatviselése (az Egészségbiztosítási szerződés hatályba lépésének időpontja) a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 0:00 órájától kezdődik, kivéve azon eseteket amikor a Biztosító várakozási időt alkalmaz, feltéve, hogy a biztosítási szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
- A biztosítás tartama 1 biztosítási év, amely minden évben további 1 biztosítási évre meghosszabbodik, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosító a vonatkozó biztosítási év végét megelőző legalább 30 nappal írásban jelzi, hogy nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani.
- Az Egészségbiztosítási szerződés legfeljebb a Biztosított a 85. születésnapjáig vagy azt megelőző biztosítási évfordulóig hosszabbodhat meg automatikusan.

Módosulhat a biztosítási szerződés?

A biztosítási szerződés (a biztosítási díj és a feltételek) a Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben módosítható, az ott meghatározottak szerint a Biztosító egyoldalú módosításra is jogosult.

Hogyan szüntethetem meg a szerződésemet?

(A felsorolás nem teljes, további részletek a Biztosítási Feltételekben)

- A kötvény elektronikus úton történő kiküldésétől számított 30 (harminc) napos határidőn belül indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül azonnali hatállyal.
- Amennyiben a biztosítási év végét megelőző legalább 30 nappal írásban jelzi, hogy nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani.

A biztosítási szerződés megszűnik:

- a Biztosított halálával;
- a Biztosított 85. életévét nem meghaladó utolsó biztosítási évforduló napján;
- amennyiben a Biztosítottnak a magyarországi lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő lakóhelye megszűnik;
- amennyiben a Biztosított eláll az elektronikus kommunikációtól;
- amennyiben a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást arról, hogy a Szerződő tényleges életkora alapján a biztosítási szerződést nem köthette volna meg;
- amennyiben a Biztosított vagy a Biztosító az automatikus meghosszabbítást elutasítja;
- amennyiben a biztosítás díja a 30 napos póthatáridő kitűzése mellet küldött felszólítás után sem kerül megfizetésre;
- a Biztosított Magyarországi állandó lakcímének megszűnése esetén;
- amennyiben a Biztosított kimerítette a 36 hónapos szolgáltatási időszakot mind a négy egészségbiztosítási fedezet vonatkozásában;
- amennyiben a Biztosított kimerítette a Szolgáltatási összeglimitet;
- amennyiben a Biztosító számára utólag derül ki, hogy ugyanazon természetes személy egy időben egyszerre több élő és érvényes Egészségbiztosítási szerződésben is Biztosítottként került megnevezésre, az utóbb kötött Egészségbiztosítási szerződés(ek) esetén.