

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. vállalati bankszámlához**

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, a vállalati számlatulajdonos, mint társszerződő az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., mint biztosító között jött létre a CIB Bank Zrt. és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. által kötött csoportos biztosítási keretszerződés alapján, és amelyhez a társszerződő tulajdonosa, vezető tisztségviselője vagy munkavállalója biztosítottként csatlakozhat, Biztosított 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. A biztosítási díjért cserébe a biztosított 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 (magánrendelő, 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 finanszíroz:

- ✓ 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 a társszerződő 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, ide értve a meddőség kivizsgálásra 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: 18 évesnél 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 elfogy a keret,
- ! a Hope Plusz kiegészítő nem választható abban az esetben, ha a biztosítottnál már diagnosztizáltak valaha rosszindulatú daganatos megbetegedést,
- ! a szolgáltatás igénybevételére 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 Biztosítotti nyilatkozat visszavonásával,
- ! biztosítási csomagot kizárólag a biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón módosíthat a társszerződő, amennyiben ezt az igényét legalább 30 nappal a biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló előtt írásban jelzi a szerződő felé,
- ! a biztosító 15 nap várakozási időt köt ki a szolgáltatás igénybevételére, ez azt jelenti, hogy a Biztosítotti 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 társszerződőt 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 változás-bejelentési, kármegelőzési és önrész fizetési 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 társszerződőre. Az áthárított biztosítási díjat a társszerződő 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 Biztosítotti 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 társszerződő által megfizetésre kerül.

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

- a csoportos biztosítási keretszerződés megszűnésének napján 24:00 órakor,
- 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 Biztosítotti nyilatkozat biztosított által történő visszavonása esetén az adott biztosítottra vonatkozó biztosítási évfordulón 24:00 órakor,
- a biztosítotti jogviszony megszüntetésének társszerződő általi kezdeményezése esetén a díjjal fedezett hónap utolsó napján 24:00 órakor,
- a szerződő és a bankszámlatulajdonos társszerződő között fennálló bankszámla szerződés megszűnése esetén, a díjjal fedezett hónap utolsó napján 24:00 órakor,
- amennyiben a társszerződő 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., a társszerződő és az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. között jött létre, Ön biztosítottként a szerződés megszüntetésére nem, kizárólag a biztosítotti jogviszony megszüntetésére jogosult, a Biztosítotti nyilatkozat visszavonása által.