

Egészségbiztosítás

Biztosítási termékismertető

Biztosító: Allianz Hungária Zrt.

Magyarországon, a Magyar Nemzeti Bank által
10337587 azonosítószámon nyilvántartott biztosító



Termék: Allianz Privát Egészség-
biztosítás a Patika Önkéntes
Kölcsönös Egészség és
Önsegélyező Pénztár számára

A termékre vonatkozó teljes körű, szerződéskötés előtti és szerződéses tájékoztatás a Biztosítási Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató az Allianz Privát egészségbiztosításokhoz című feltételeiben érhető el.

Milyen típusú biztosításról van szó?

Az Allianz Privát Egészségbiztosítás a Patika Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önsegélyező Pénztár számára (továbbiakban: egészségbiztosítás) feltételeiben meghatározott Szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás. A biztosítási termék egyedi igény alapján került kialakításra. A biztosító megszervezi és a megjelölt értékhatárig megtéríti az orvosi ellátás költségét a biztosítóval szerződésben álló ellátásszervező magán egészségügyi szolgáltató partnereinél (magánrendelők, magánkórházak, magánlaboratóriumok) a biztosítottak által igénybe vett szolgáltatások esetén. A biztosított a szolgáltatás keretében pénzbeli kifizetésre nem jogosult, a biztosító szolgáltatása az orvosilag indokolt ellátás megszervezése és annak összeghatárig történő térítése.



Mire terjed ki a biztosítás?

Az Allianz Privát egészségbiztosítási szolgáltatások a biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a Teladoc Hungary Kft., továbbiakban: Szolgáltató) nem emelt díjas telefonszámának (06-1-461-1557) tárcsázásával vehetők igénybe az év minden napján 0-24 órában.

Az Allianz Orvosi Call Center ügyintézői és orvosai rövid azonosítást követően az alábbi témakörökben nyújtanak tájékoztatást:

- ✓ életmóddal, egészségmegőrzéssel, orvosi dokumentáció értelmezésével kapcsolatos kérdések;
- ✓ tájékoztatás gyógyszerek összetételét, mellékhatásait, alkalmazhatóságát, helyettesíthetőségét, árát illetően;
- ✓ tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről;
- ✓ tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról;
- ✓ tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a www.allianz.hu weboldaról is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdéseiket.

A CardNetwork szolgáltatással a biztosított az ellátásszervező internetes felületén online foglalhat előre időpontot az alábbi járóbeteg ellátásokra: Belyógyászat, Bőrgyógyászat, Fül-orr-gégészet, Gasztroenterológia, Nőgyógyászat, Ortopédia, Szemészet, Urológia

Az online időpontfoglalási lehetőség elérése: allianz.teladoc.hu
A biztosítási szolgáltatásokat az alábbi táblázat foglalja össze az összeghatárok megjelenítésével:

Allianz Privát Eco	Allianz Privát Start	Allianz Privát Optimum	Allianz Privát Prémium	Allianz Privát Exkluzív
Szolgáltatási limitek:				
24 órás orvosi call center szolgáltatás				
Második szakorvosi vélemény szolgáltatás				
—	—	✓	✓	✓
Járóbeteg szakellátás (felhasználási területét illetően korlátlan) Ft/fő/biztosítási év				
100.000	200.000	300.000	400.000	500.000
Diagnosztikai és laboratóriumi vizsgálatok (ultrahangos vizsgálatok, röntgen) 100.000 Ft/fő/biztosítási év				
100.000	200.000	300.000	400.000	500.000
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok Ft/fő/biztosítási év				
100.000	200.000	300.000	400.000	500.000
Egynapos sebészeti ellátás Ft/fő/biztosítási év				
—	100.000	200.000	300.000	500.000
—	Nincs	Szűrővizsgálat Kétévente (az első teljes biztosítási évet követően)	Évente	Évente
Az egyes biztosítási csomagok havi díja Ft/fő/hó				
4 200	5 800	8 400	11 000	11 600



Mire nem terjed ki a biztosítás?

A biztosítás nem terjed ki az alábbiak miatt bekövetkező biztosítási eseményekre:

- ✗ az egészségügyi ellátás nem a feltételek szerinti igény bevételére,
- ✗ sürgősségi ellátás költségére,
- ✗ endoszkópos vizsgálatok esetén az altatás költségeire, továbbá virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire,
- ✗ nem igazolt daganatos betegségek követésére szolgáló PET-CT vizsgálatra,
- ✗ andrológiai vizsgálatra, vagy ellátásra,
- ✗ a szerződési feltételekben felsoroltakon kívüli súlyos betegségek valamint a kockázatviselési időszak előtt már diagnosztizált betegségek vagy azok következményei esetén második szakorvosi vélemény szolgáltatásra,
- ✗ kontrollvizsgálatokra,
- ✗ meddőséggel kapcsolatos beavatkozásra és kezelésre,
- ✗ terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatokra, vagy ellátásokra,
- ✗ injekciós kezelésre, vagy infúziós kúrára,
- ✗ szépséget célú vizsgálatra, vagy beavatkozásra,
- ✗ látásjavító, fénytörési hibát javító szemészeti műtétre,
- ✗ jóindulatú anyajegy eltávolításra,
- ✗ szűrővizsgálat céljából igénybevett diagnosztikai vizsgálatra,
- ✗ az összeghatárt meghaladó költségekre.

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 telefonos és e-mail formátumú tájékoztatás csak a felsorolt témakörökre vonatkozik, egyéb esetben a szolgáltató nem nyújt tájékoztatást.
- ! A biztosító nem vállal felelősséget a szolgáltatás keretében nyújtott információ pontosságáért, megbízhatóságáért, azok téves felhasználásáért, illetve azok téves értelmezéséért, valamint a (kért) tájékoztatás elmaradásából, vagy késedelmes megküldéséből, illetve azok helytelen vagy téves megállapításából eredő vagyoni és nem vagyoni károkért.
- ! Biztosítottak köre korlátozott, a biztosító szolgáltatására 16. életévét betöltött a Patika Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önsegélyező Pénztárnál egyéni számlával rendelkező természetes személy, valamint a pénztártag 2-65 éves közeli hozzátartozója.
- ! Egészségügyi szolgáltatás csak az egyes csomagoknál megjelölt összeghatárig lehetséges az adott biztosítási éven belül.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ Az Allianz Orvosi Call Center a világ bármely országából hívható.
- ✓ Az ellátásszervezés kizárólag a feltételekben meghatározottak szerint egészségügyi szolgáltatónál vehető igénybe, amennyiben az ellátást a biztosító ellátásszervező partnerének tudtával és jóváhagyásával vette igénybe.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- A szerződéskötéskor, ill. a biztosítotti nyilatkozat megtételekor teljeskörűen és a valóságnak megfelelően kell válaszolni (közlési kötelezettség), és a szerződés tartama alatt a megadott adatokban történt változásokat jelezni kell (változás-bejelentési kötelezettség), mely a Szerződőn keresztül teljesítendő, valamint
- biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szükséges felvilágosításokat meg kell adni és teljesíteni az információ-adási kötelezettséget.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A szerződés éves díját a Szerződő fizeti forintban a Biztosító részére havi részletekben.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

- A biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosítotti nyilatkozat aláírását követő hónap első napján kezdődik, amennyiben a Szerződő által a Biztosító részére teljesített adatszolgáltatásban az adott biztosított szerepel.
- A biztosító kockázatviselése az egyes biztosítottak vonatkozásában megszűnik:
 - a biztosított halálával,
 - a biztosított, vagy a biztosított hozzátartozójának 66. életéve betöltését követő évfordulóján,
 - ha a biztosított a Szerződő által biztosító felé teljesített adott adatszolgáltatásban nem szerepel, a tárgyható utolsó napjával,
 - a csoportos biztosítási szerződés megszűnése esetén a megszűnés napjával.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

- A csoportos egészségbiztosítási szerződést a biztosított nem jogosult megszüntetni.