

A jelen termékismertetőben foglalt tájékoztatás nem teljes körű. A termékre vonatkozó teljes körű, szerződéskötés előtti és szerződéses tájékoztatás az Általános és Különös Biztosítási Feltételekben található.

Milyen típusú biztosításról van szó?

A Pannónia Elixír Szolgáltatásfinanszírozó Csoportos Egészségbiztosítási szerződés alapján a Biztosító a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.



Mire terjed ki a biztosítás?

Az alábbi események vonhatók a biztosítási szerződésbe a Szerződő által az Ajánlati dokumentációban megjelölt biztosítási csomagok tartalmától függően:

- ✓ Egészségügyi ellátás szervezése
- ✓ Asszisztencia szolgáltatások
- ✓ Járóbeteg-ellátás
- ✓ Diagnosztikai vizsgálatok
- ✓ Laborvizsgálatok
- ✓ Második orvosi vélemény
- ✓ Egynapos sebészet
- ✓ Szűrővizsgálat
- ✓ Gyógytorna
- ✓ Influenza elleni védőoltás
- ✓ Dietetikai tanácsadás
- ✓ Betegszállítás
- ✓ Fekvőbeteg-ellátás
- ✓ Várandósgondozás
- ✓ Kórházi napi térítés
- ✓ Műtéti térítés



Mire nem terjed ki a biztosítás?

A kizárt kockázatok teljes körű felsorolását az Általános Szerződési Feltételek tartalmazzák. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki többek között az alábbi esetekre.

- ✗ azon biztosítási eseményekre, melyek összefüggésbe hozhatók a Biztosított által szándékosan, önmagának okozott kárral (abban az esetben sem, ha a Biztosított zavart tudatállapotban okozta azt); továbbá a pszichiátriai és pszichoterápiás ellátásokra; illetve azon orvosi ellátásokra, melyeknek célja nem a Biztosított betegségének megállapítása, egészségi állapota romlásának megakadályozása, egészségének helyreállítása;
- ✗ azon biztosítási eseményekre, melyek a Biztosított alkoholos (0,8 ezrelék vagy ennél magasabb véralkoholszint) állapotával, bódító, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következnek be;
- ✗ terhességgel vagy szüléssel, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel (kivéve a terhesség megállapítására irányuló járóbeteg-ellátást), valamint a méhen kívüli terhesség ellátásával kapcsolatos beavatkozásokra;
- ✗ mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos ellátásokra;
- ✗ szűrővizsgálatokra;
- ✗ rehabilitációval, szanatóriumi kezelésekkkel, fürdőkúrával, fogyókúrával kapcsolatos ellátásokra;
- ✗ meddőség kivizsgálásával, kezelésével kapcsolatos ellátásokra;
- ✗ életveszély elhárítása céljából szükségessé vált kezelésekre; baleseti, természeti vagy egyéb katasztrófa miatti sürgős ellátásokra; járványügyi érdekből végzett ellátásokra; valamint intenzív betegellátásra;
- ✗ onkológiai gondozásra, amennyiben a daganatos betegségek stádiumának és kiterjedtségének megállapítása (staging) az állapotfelmérő vizsgálatok alapján már megtörtént.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! A Biztosító mentesül szolgáltatási kötelezettsége alól, ha bizonyítja, hogy a kárt jogellenesen, szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással a Szerződő, a Biztosított, vagy a vele közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.
- ! A közlésre irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a Biztosított biztosításba való belépésekor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- ! Ha a Biztosított a kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettségének nem tesz eleget, és emiatt a Biztosított állapota súlyosbodott, a Biztosító mentesül az ilyen jellegű állapot súlyosbodásából eredő szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve azt az esetet, ha a Biztosított – az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve – az orvosi beavatkozáshoz nem járult hozzá.

A fenti felsorolás nem teljes körű, a mentesülések teljes listáját az Általános Szerződési Feltételek 13. pontja (A Biztosító mentesülése) tartalmazza.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ A Biztosító kockázatviselése Magyarország területén, a Magyarországon igénybe vehető egészségügyi ellátásokra, egészségügyi szolgáltatásokra terjed ki.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Szerződéskötéskor minden lényeges körülményről történő tájékoztatás a Biztosító által feltett kérdésekkel összhangban (közlési kötelezettség).
- Változások bejelentése: 5 munkanapon belül a Szerződő és Biztosított adatainak megváltozása esetén.
- A Szerződőnek adatközlési kötelezettsége van a Biztosító felé az adott csoporthoz tartozó Biztosítottak listáját illetően.
- A Szerződőnek díjfizetési, valamint a Biztosítottak felé tájékoztatási kötelezettsége van.
- A Biztosítottaknak kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettsége van, kivéve, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járult hozzá.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A díjfizetést a Szerződő az Ajánlati dokumentációban foglaltaknak megfelelően teljesíti.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

- A Biztosító kockázatviselése – a várandósgondozási szolgáltatás kivételével – a szerződés hatálybalépésével kezdődik. A várandósgondozás szolgáltatás tekintetében a kockázatviselés a Különös Szerződési Feltételekben meghatározott várakozási idő elteltével kezdődik. A Biztosító kockázatviselése az egyes Biztosítottak tekintetében:
 - a biztosítási szerződés létrejöttkor megjelölt Biztosítottak tekintetében az ajánlat aláírását követő hónap első napjának 0 órájkor kezdődik meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön, és az első díjrészletet a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően a felek halasztásban állapodtak meg. A felek közös megegyezéssel ennél későbbi kockázatviselési kezdetben is megállapodhatnak. A szerződés megkötése előtt befizetett összeget a Biztosító a kockázatviselés kezdeteként a biztosítási szerződésben megjelölt időpontig kamatmentesen kezeli, ezen összeg befizetése azonban nem jelenti a kockázatviselés kezdetét.
 - a biztosítási szerződésbe a tartam során újonnan belépő biztosítandó személyek esetében a Biztosító kockázatviselése a Szerződő által Biztosítónak megküldött adatszolgáltatást követő hónap első napjának 0 órájkor kezdődik meg, feltéve, hogy a személyükre vonatkozó biztosítási díjat a Biztosító számára megfizették vagy a díjfizetést illetően halasztásban állapodtak meg.
 - Közeli hozzátartozó esetén a Biztosító kockázatviselése a csatlakozási nyilatkozat megküldését követően az ajánlat aláírását követő hónap első napjának 0 órájkor vagy a biztosítási évforduló napján 0 órakor kezdődik meg.
- Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése megszűnik:
 - amennyiben a Biztosítási szerződés megszűnik, a Biztosítási szerződés megszűnése napján 24 órakor;
 - amennyiben adott Biztosítottnak a Biztosítási szerződésben meghatározott csoporthoz való tartozása bármely okból megszűnik – a csoporthoz való tartozás megszűnésének hónapjával, a hónap utolsó napján 24 órakor;
 - a maximális biztosított kor betöltésével – annak a naptári évnek az utolsó napján 24 órakor, amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet;
 - a Biztosított biztosítási jogviszonyának felmondása esetén a visszavonás Biztosítóhoz történő beérkezésének hónapjában, a hónap utolsó napján 24 órakor;
 - a Biztosított halálával – a halál napján 24 órakor;
 - a Hozzá tartozó biztosítási jogviszonya megszűnik a Főbiztosított biztosítási jogviszonyának megszűnésével, a Főbiztosított jogviszonyának megszűnésével azonos időpontban.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

- A Szerződés – ezzel a Biztosító kockázatviselése – megszűnik az alábbi esetek bármelyikében:
 - A biztosítási szerződés megszüntethető rendes felmondással, amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító a határozatlan tartamú szerződést legkésőbb a biztosítási évfordulót megelőző 30 nappal írásban felmondja, biztosítási időszak utolsó nap 24. órájával.
 - Határozott tartamú biztosítási szerződés esetén meghosszabbítás hiányában a határozott tartam utolsó nap 24. órájával megszűnik a szerződés.
 - a Szerződő jogutód nélküli megszűnésével – a megszűnés napjának 24. órájával.
 - díjnemfizetés miatt, az Általános Szerződési Feltételek 10.4.h) pontjának megfelelően.
 - amennyiben a Biztosítottak száma nullára csökken – az utolsó Biztosított kilépése hónapjának utolsó napján, 24 órakor.
 - a Szerződő és a Biztosító közös megegyezésével – a közös megegyezésben jelölt napon, 24 órakor.