

# 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 2.0 egészségbiztosítás**  
a CIB Bank Zrt. vállalati bankszámlához

Jelen tájékoztatás nem teljes körű. Kérjük, a biztosítás megkötése előtt olvassa el figyelmesen a CIB Egészségőr 2.0 egészségbiztosítás biztosítási feltételeit!

A CIB Egészségőr 2.0 egészségbiztosítás egy csoportos biztosítás, amely a CIB Bank Zrt., mint szerződő, a vállalati számlatulajdonos, mint társszerződő, a CIB Biztosítás Alkusz és 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 (magánrendelők, 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 2.0 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,
- ! biztosító által finanszírozott 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 5 munkanapon belül 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 CIB Biztosítási Alkusz, 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.