

# Egészségbiztosítás

## Biztosítási termékismertető

Biztosító: Allianz Hungária Zrt.

Magyarországon, a Magyar Nemzeti Bank által  
10337587 azonosítószámom nyilvántartott biztosító



**Termék:** Allianz Opcionális  
csoportos egészségbiztosítás a  
Patika Egészségpénztár számára

A termékre vonatkozó teljes körű, szerződés-kötés előtti és szerződéses tájékoztatás a Patika Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztár honlapján közzétett Biztosítási Szerződési Feltételek és Ügyfél-tájékoztató az Allianz Opcionális egészségbiztosításokhoz című feltételeiben érhető el.

## Milyen típusú biztosításról van szó?

Az Allianz Opcionális csoportos egészségbiztosítás a Patika Egészségpénztár számára (továbbiakban. Allianz Opcionális) feltételeiben meghatározott szolgáltatás finanszírozó egészségbiztosítás, mely a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXII. törvény 1. számú melléklet 6.3. pontja szerint kockázati biztosításnak minősül. A biztosítási termék kizárólag egészségpénztáron keresztül igénybe vett opcionális keresztül érhető el. A biztosító megszervezi és a megjelölt értékhatárig megtéríti az orvosi ellátás költségét a biztosítóval szerződésben álló ellátásszervező magán egészségügyi szolgáltató partnereinek (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 összefüggésében történő térítése.



## Mire terjed ki a biztosítás?

Az 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 gyógyszertárakról;
- ✓ tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

Az Allianz Orvosi Call Center szolgáltatás a [www.allianz.hu](http://www.allianz.hu) weboldalról is elérhető, ahol a szolgáltatásra jogosultak írásban is feltehetik kérdéseiket.

A biztosítási szolgáltatásokat az alábbi táblázat foglalja össze az összefüggések megjelenítésével:

1. csomag	2. csomag	3. csomag
2 hónap várakozási idő (kivéve baleseti eredetű igény)		
<b>Biztosítási fedezetek és szolgáltatási limitek</b>		
Orvosi Call Center (0-24)		
Kritikus betegségek (szolgáltatási finanszírozó jellegű) maximum 1.000.000 Ft (3 év leforgása alatt)		
Járóbeteg szakellátás (felhasználási területét illetően korlátlan)		
100.000 Ft/biztosítási év	250.000 Ft/biztosítási év	500.000 Ft/biztosítási év
Diagnosztikai és laboratóriumi vizsgálatok (ultrahangos vizsgálatok, röntgen)		
50.000 Ft/biztosítási év	75.000 Ft/biztosítási év	100.000 Ft/biztosítási év
Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok (CT, PET-CT, MRI, cardio-CT) 300.000 Ft/biztosítási év		
Szűrővizsgálat:		
Nincs	Nincs	- belgyógyászati vizsgálat (anamnézis, testsúly, testmagasság, derék/csupó, vérnyomás) - alap laborvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, CRP, vércukor, húgysav, Fe, K, Na, Cl, LDL, HDL, összkoleszterin, triglicerid, májfunkció (GOT, GPT, GGT, AP, LDH), vesefunkció (kreatinin, karbamid, eGFR), összbilirubin, direkt bilirubin, - EKG, - hasi és kismencedei UH



## Mire nem terjed ki a biztosítás?

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

- ✗ az egészségügyi ellátás nem a feltételek szerinti igénybe vételére,
- ✗ a kockázatviselés kezdete előtt már kialakult betegséggel ill. balesetével kapcsolatban,
- ✗ a kockázatviselés első két hónapjában felmerülő igényekre (kivéve: baleseti eredetű igények),
- ✗ sürgősségi ellátás költségére,
- ✗ colonoscopia és gastroscopia esetén az altatás költségeire, továbbá virtuális endoscopia és capsula endoscopia költségeire,
- ✗ andrológiai vizsgálatra, vagy ellátásra,
- ✗ kontrollvizsgálatokra,
- ✗ meddőséggel kapcsolatos beavatkozásra és kezelésre,
- ✗ terhesség-megszakítással, vagy a művi meddővé tétellel kapcsolatos vizsgálatokra, vagy ellátásokra,
- ✗ injekciós kezelésre, vagy infúziós kúrára,
- ✗ szépészeti célú vizsgálatra, vagy beavatkozásra
- ✗ látásjavító, fénytörési hibát javító szemészeti műtétre,
- ✗ anyajegy eltávolításra,
- ✗ az összefüggést 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 szolgáltatósára 16. életévét betöltött és 65 évnél nem idősebb, a Patika Önkéntes Kölcsönös Kiegészítő Egészség- és Önszegélyező Pénztárnál egyéni számlával rendelkező természetes személy jogosult, aki az egészségpénztári szolgáltatásra jogosult kedvezményezett, valamint a pénztártag 2-65 éves közeli hozzátartozója lehet.
- ! Egészségügyi szolgáltatás csak az egyes csomagoknál megjelölt összefüggésig lehetséges az adott biztosítási éven belül.
- ! A biztosítási konstrukció kizárólag egészségpénztári támogatáson keresztül érhető el.



## 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 az egészségpénztáron keresztül teljesítendő, valamint
- biztosítási esemény bekövetkezte esetén a szükséges felvilágosításokat meg kell adni és teljesíteni az információ-adási kötelezettséget.



## Mikor és hogyan kell fizetnem?

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



## Mi a kockázatviselés kezdete és vége?

- 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 az egészségpénztár 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.