

Csoportos Asszisztencia Biztosítás

Biztosítási termékismertető



A társaság: MetLife Europe d.a.c. Magyarországi Fióktelepe
Magyarország; Cg. 01-17-000934
Szabályozási státusz: aktív

A termék: Izys Csoportos
Asszisztencia Biztosítás

Ez a dokumentum tájékoztatja Önt a jelen asszisztencia biztosítási termékre vonatkozó kiemelt információkról. A jelen termékre vonatkozó teljes körű, szerződéskötés előtti és szerződéses tájékoztatás a MetLife Europe d.a.c. Izys Csoportos Asszisztencia Biztosítás Biztosítási Szabályzatában érhető el.

Milyen típusú biztosításról van szó?

A biztosító a biztosított egészségével kapcsolatos biztosítási eseményekre nyújt szolgáltatást. Az asszisztencia szolgáltatások köre lehetőséget nyújt a biztosított számára, hogy egészségével kapcsolatos eseményeknek megfelelő biztosítási fedezetet válasszon.



Mire terjed ki a biztosítás?

Szolgáltatás megnevezése	Szolgáltatás leírása	Éves keretösszeg
Dr. MetOnline asszisztencia biztosítás	telefonos orvosi tanácsadás, második orvosi vélemény, ellátásszervezés	-
Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítás	diagnosztikai ellátásszervezés és finanszírozás	1 000 000 Ft
Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítás	sebészeti ellátásszervezés és finanszírozás	1 000 000 Ft



Mire nem terjed ki a biztosítás?

A biztosító kizárja a kockázatviselés köréből és nem tekinti biztosítási eseménynek azt az eseményt, amely:

- Nagyértékű diagnosztikai asszisztencia biztosítás esetén:
- ✗ krónikus betegségek gondozásával, kezelésével, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, kezelésük első beállítást, akut szakaszaik akut ellátását;
 - ✗ öröklött és veleszületett betegségekkel vagy rendellenességgel;
 - ✗ endoscopia – ideértve a CT, MR colonográfiát és a CT, MR enterográfiát is – és kapszula endoscopia költsége;
 - ✗ CT lézer mammográfia;
 - ✗ altatásban végzett diagnosztikai vizsgálatok esetén az altatás, illetve az altatással kapcsolatban szükséges vizsgálatok költségei;
 - ✗ onkológiai gondozás, kivéve az elsődleges ellátás (kemoterápia, sugárterápia, műtéti beavatkozás) megkezdéséig az ellátásban közvetlenül résztvevő orvos javaslatára elvégzett vizsgálatokkal;
 - ✗ a szűrővizsgálat céljából igénybe vett képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra;
 - ✗ nem Magyarországon végzett képalkotó diagnosztikai ellátásokra.

Egynapos sebészeti asszisztencia biztosítás esetén:

- ✗ krónikus betegségek gondozásával, kezelésével, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, kezelésük első beállítást, akut szakaszaik akut ellátását;
- ✗ öröklött és veleszületett betegségekkel vagy rendellenességgel; esztétikai céllal végzett sebészeti beavatkozások és szövődményeik kezelése;
- ✗ plasztikai sebészeti beavatkozások és szövődményeinek kezelése;
- ✗ orrsövény ferdülés kezelésével;
- ✗ a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel (többek között PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK);
- ✗ a nem standard (alapkategóriájú) implantátumok, protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetésével;
- ✗ inkontinencia eszközös vagy műtéti kezeléssel (pl.: intímlézer);
- ✗ testsúlyredukciós céllal elvégzett gyomorműtéteket (különösen, de nem kizárólagosan: gyomor-bypass, Steeve-műtét) vagy egyéb okból végzett gyomorműtéteket követően, a megváltozott anatómiai állapot miatt szükségessé váló vizsgálatokkal;
- ✗ terhességgel, szüléssel összefüggő egészségügyi szolgáltatások;
- ✗ meddőség kezelésével, kivizsgálásával kapcsolatos műtétek, beavatkozások (ideértve például a petevezetéké átjárhatósági vizsgálatot);
- ✗ meddővé tétel igény szerinti végrehajtása;
- ✗ művi terhességmegszakítás (nem egészségügyi okok miatt);
- ✗ egynapos sebészeti ellátás során felmerült komplikáció vagy a műtétet követően, a műtéttel összefüggő olyan szövődmény felmerülése esetén, amely a biztosított bent tartózkodását 24 órán túl vagy más intézményben történő kórházi ellátását szükségessé teszi, vagy a tervezettől eltérő orvosi ellátását igényli, a biztosító a felmerülő többletköltségeket nem téríti meg;
- ✗ nem Magyarországon végzett egynapos sebészeti műtétekre.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ Nincs korlátozás. A biztosítás egyaránt kiterjed a belföldön és külföldön, a nap bármely időszakában bekövetkező biztosítási igényekre.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

- ! A közlésre vagy a változás bejelentésére 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 szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- ! A Nagyértékű diagnosztikai illetve Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatások esetében kizárólag a kockázatviselési időszakon belül, a kockázatviselési időszak kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett és szükségessé vált vizsgálatok illetve beavatkozások térítendőek.
- ! A biztosító a második orvosi vélemény szolgáltatást csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 90 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha a második orvosi szakvélemény szolgáltatásra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.
- ! A biztosító a Nagyértékű diagnosztikai illetve Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatásokat csak a biztosítási szerződés hatálybalépését követő 60 nap elteltével nyújtja, kivéve, ha a Nagyértékű diagnosztikai illetve az Egynapos sebészeti asszisztencia szolgáltatásokra balesettel összefüggésben bekövetkezett betegség vagy egészségi állapottal kapcsolatban kerül sor.

A felsorolás nem teljes körű, a teljes listát a termék szabályzat tartalmazza.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Közlési kötelezettség: a biztosítási szerződés megkötésekor minden lényeges körülményt, a biztosítási szerződés megkötését követően pedig az azokban bekövetkezett változást a biztosítóval közölni kell.
- Változásbejelentési kötelezettség: a biztosított köteles a biztosítási szerződés tartama alatt bármely lényeges körülményben történő változást a biztosítónak írásban bejelenteni.
- Díjfizetési kötelezettség a biztosító felé.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

A biztosítás első díja a csatlakozási nyilatkozat megtételét követő hónap 15. napja (amennyiben ez munkaszüneti nap, akkor a következő munkanap). Minden további díj pedig az ezt követő hónapok 15. napján (amennyiben ez munkaszüneti nap, akkor a következő munkanapon) esedékes.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

A biztosító kockázatviselése a biztosított vonatkozásában a csatlakozási nyilatkozat aláírásának napját követő hónap 16. napján 0 órától kezdődik, feltéve, hogy addig a biztosítás első díja megfizetésre kerül. Amennyiben a biztosítás első díja a csatlakozási nyilatkozat aláírásának napját követő hónap 15. napját követően kerül megfizetésre, a Biztosító kockázatviselése az első díj megfizetését követő hónap 16. napján 0 órakor kezdődik. A kockázatviselés időtartama havi biztosítási időszakokra oszlik, az egyes biztosítási időszakok a naptári hónap 16. napjának 0 órájától a következő naptári hónap 15. napján 24 órájáig tart, kivéve az utolsó biztosítási időszakot, amennyiben a kockázatviselés vége nem a biztosítási időszak vége.

A kockázatviselés megszűnik annak a biztosítottra vonatkozó biztosítási időszaknak a végével, amely biztosítási időszak alatt a biztosított a 70. életévét betölti.



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

A szerződést a felek közös megegyezéssel vagy a biztosított egyoldalú jognyilatkozatával szüntethetik meg. Egyebekben a biztosítási szerződés megszűnik a biztosított halála, 100 százalékos rokkantsága vagy egészségkárosodása, a biztosított szerződéssel fennálló jogviszonyának megszűnése, a biztosított lejáratú életkorának betöltése esetén vagy ha a biztosítási szerződést a szerződő vagy a biztosító felmondja, illetve a díjfizetési kötelezettség elmulasztása esetén.