

Daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló, szolgáltatásfinanszírozó kiegészítő egészségbiztosítás különös feltételei

ON-17

Érvényes: 2023. szeptember 1-jei és az azt követő technikai kezdetű szerződésekre

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1. Jelen daganatdiagnosztikára és betegvezetésre szóló, szolgáltatásfinanszírozó kiegészítő egészségbiztosításra az alapbiztosítás szabályai érvényesek, kivéve azokban a részletekben, ahol a kiegészítő biztosítás az alapbiztosítás szabályaitól eltér. Ennek megfelelően az alapbiztosításra érvényes általános szabályzatok szerint kell eljárni.
- 1.2. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás a biztosító által meghatározott, folyamatos díjas alapbiztosításokhoz, az alapbiztosítással egyidejűleg, illetve annak tartamán belül megköthető, illetve megszüntethető az általános szabályzatok megszüntetésére vonatkozó pontjai alapján.

2. FOGALMAK

- 2.1. **Rosszindulatú daganatos betegség:** bizonyos sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, mely a szövetek roncsolásához vezet, és amely elváltozás sebészeti kezelést, sugárkezelést és/vagy kemoterápiát tesz szükségessé, továbbá a betegség felismerését szövettani eredmény és szakorvosi vélemény igazolja. A környezetüket roncsoló daganattípusok mellett a leukémia, limfóma, szarkóma és Hodgkin-kór besorolású betegségek is szolgáltatási jogosultságot jelentenek.
- 2.2. **Előzmény nélküli betegség vagy kóros állapot:** olyan állapot, amely a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett, vagy kezelést igénylő betegséggel, kóros állapottal vagy megállapított maradandó egészségkárosodással nem áll okozati összefüggésben.
- 2.3. **Daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálat:** kizárólag a kockázatviselés kezdetét követően elvégzett képalkotó vizsgálatok, endoszkópos vizsgálatok, szövettani, vagy cytologiai vizsgálatok, emelkedett tumormarker szintek tekintendők.

3. BIZTOSÍTOTT

- 3.1. Jelen kiegészítő egészségbiztosítás biztosítottja lehet a szerződés megkötésekor legalább 18, de legfeljebb 60 éves természetes személy, akit a biztosító biztosítottként elfogad.
- 3.2. Jelen kiegészítő biztosításnak csak egy biztosítottja lehet.
- 3.3. Jelen kiegészítő biztosítás legkésőbb a biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulót követő első nap 0:00 órájkor megszűnik.

4. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

- 4.1. **Biztosítási esemény:** bármilyen daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálat (ennek definícióját a 2.3. pont tartalmazza) alapján daganatos betegség gyanúja miatt a **magyar egészségügyi alapellátás orvosa, szakorvos, vagy magánorvos a biztosított számára további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálatot ír elő.** Bőrgyógyászati daganatok esetében abban az esetben, ha a rosszindulatú daganatot bőrgyógyász szakorvos diagnosztizálta és a rosszindulatú betegség vonatkozásában további kivizsgálást javasol.
- 4.2. **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja:** a 4.1. pontban meghatározott orvos által a biztosított számára további szakorvosi vagy képalkotó vizsgálat előírásának időpontja.

5. SZOLGÁLTATÁSOK

5.1. Rosszindulatú daganatgyanú felmerülése esetén:

5.1.1. Daganattípustól függő komplex kivizsgálás

- specifikus állapotfelmérés a biztosított bejelentését követő 3 munkanapon belül;
- onkológiai vizsgálat és konzultáció, személyre szabott kivizsgálási javaslat;
- az adott daganattípus esetében orvosszakmailag indokolt legkorszerűbb diagnosztikus vizsgálatok gyors (a specifikus állapotfelmérést követően 12 munkanapon belül) és teljes körű megszervezése és elvégzése, beleértve a társbetegségek (egyéb meglévő betegségek) miatt az onkológiai kezeléshez szükséges kiegészítő vizsgálatok elvégzését is.

5.1.2. *Asszisztencia – betegvezetés a kivizsgálás ideje alatt betegsegítő orvos közreműködésével telefonon keresztül*

- rendszeres és részletes tájékoztatás a szükséges vizsgálatokról, beavatkozásokról, az ehhez szükséges előkészületekről;
- a kivizsgálással kapcsolatban felmerülő ügyfélkérdések telefonos megválaszolása munkanapokon 8-20 óra között;
- vizsgálatok időpontjának megszervezése az optimális kivizsgálási ütem érdekében;
- a szükséges szakorvosi egyeztetések elvégzése.

5.1.3. *Személyes konzultációs lehetőség a daganattípusnak megfelelő szakterület sebész, sugárterapeuta és klinikai onkológus szakértőivel*

- egy-egy, legfeljebb 60 perces személyes konzultáció keretében;
- a biztosított kérdéseinek megbeszélése, valamint az állapotáról és a rendelkezésre álló kezelési lehetőségekről való részletes tájékoztatás.

5.1.4. *Határidők*

A biztosító az 5.1.1. pontban foglalt határidőket az alábbi feltételek teljesülése esetén vállalja:

- A szükséges vizsgálatok a biztosított teljes együttműködése, a vizsgálatokon való pontos megjelenése és a vizsgálatokhoz, kivizsgálási folyamathoz való hozzájárulása esetén végezhetőek csak el.
- Amennyiben a biztosított egészségi állapota fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást tesz indokolttá, akkor a biztosított komplex kivizsgálása, a szükséges vizsgálatok elvégzése a fekvőbeteg- vagy sürgősségi ellátást követő időszakban kerül megvalósításra.
- Amennyiben a biztosított állapota nem teszi lehetővé egy-egy adott vizsgálat elvégzését, vagy a vizsgálati eredmény értékelését kétségesse teszi, akkor a szükséges vizsgálatok lebonyolítása abban az időpontban történik, amikor a biztosított alkalmassá válik az adott vizsgálat elvégzésére.

5.2. Rosszindulatú daganatgyanú beigazolódása esetén

Amennyiben a daganatgyanú igazolást nyer, a biztosító az 5.1. pontban foglaltakon túl az alábbi szolgáltatások nyújtására is kötelezettséget vállal:

5.2.1. *Egyeztetett szakvélemény és kezelési javaslat összeállítása* az adott daganattípus kezelésében jelentős tapasztalattal rendelkező szakértők (klinikai onkológus, sebész, sugárterapeuta) által a kivizsgálás leletei alapján.

5.2.2. *Onko-pszichológiai konzultáció megszervezése*: a páciens állapotától függően, egy részletes, specializált állapotfelmérés alapján szakmai javaslatra, vagy onko-pszichológiai konzultációk biztosítása és/vagy egyéni vagy csoportos pszichoterápia lebonyolítása onko-pszichológiai szakértők bevonásával (maximum 4 alkalom).

5.2.3. *Személyre szabott étrendi javaslat és dietetikai konzultáció biztosítása*: a szükséges kezelés(ek) eredményességének javítása céljából a beteg állapotának figyelembevételével, valamint a beteg egyéni igényei, preferenciái alapján a páciens számára személyre szabott étrendi javaslat kialakítása, dietetikai konzultációs lehetőségek (maximum 2 alkalom) biztosítása.

5.2.4. *Személyre szabott pszichológiai támogatás, életvezetési tanácsok és a kezelés mellékhatásainak csökkentésére vonatkozó javaslatok* speciálisan képzett asszisztentstől, kétheti rendszerességgel 12 hónapon keresztül.

5.2.5. *Lehetőség klinikai kutatásban való részvételre*: komplex diagnosztikai eredmények alapján a beteg számára potenciálisan előnyös, de a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában még csak klinikai kutatási fázisban elérhető kezelési lehetőségek feltérképezése, szakmai véleményezése. Ezt követően az olyan klinikai kutatási programban való részvétel megszervezése, amely a biztosított számára szakmai szempontból előnyös és a biztosított beleegyezik, hogy részt vegyen az adott vizsgálatban (kezelésben). A szolgáltatás tartalmazza:

- a szükséges klinikai dokumentáció összeállítását,
- az első orvosi vizit egyeztetését és megszervezését (csak és kizárólag az adott klinikai vizsgálati centrum befogadó kapacitása és feltételei által megszabott követelmények teljesülése esetén),
- a vizsgálatba való beválasztáshoz esetleg szükséges tolmács/kísérő, illetve szükség esetén az utazás és szállás megszervezését.

Amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontjában nincs olyan klinikai vizsgálati program, amely szakmai szempontból előnyös lehet a páciens számára, abban az esetben a szolgáltató egy éven keresztül monitorozza az induló és elérhető klinikai vizsgálati programokat, amelyekről a páciens folyamatos tájékoztatást kap. Megfelelés és a beteg beleegyezése esetén a szolgáltató az előbbiek szerinti szolgáltatást biztosítja.

5.2.6. Az általános szabályzatok „A teljesítéshez szükséges dokumentumok” megnevezésű mellékletében foglaltakon túlmenően a biztosítási esemény igazolásához szükséges dokumentumok a következők: különböző képalkotó vagy szűrővizsgálatok, endoszkópos vizsgálatok, szövettani, vagy cytológiai vizsgálatok, az adott terület szakorvosa által végzett fizikális, vagy eszközös vizsgálat, emelkedett tumor marker szintek, a biztosított szerződés-kötés-kori, vagy azt megelőző egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok. Bőrgyógyászati daganatgyanú esetében a daganatra specifikus diagnosztikus vizsgálatot bőrgyógyász szakorvos melanoma malignum gyanúja miatti további kivizsgálást előírányozó szakvéleménye helyettesíti.

6. A SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTÉSE

- 6.1. A biztosítási szolgáltatás teljesítésére a biztosító akkor köteles, ha a szolgáltatás elbírálásához szükséges adatok – szükség esetén kiegészítő orvosi vizsgálat – beszerezhetők.
- 6.2. A szolgáltatási igény elfogadhatóságáról a biztosító orvosa dönt a benyújtott, megfelelő dokumentumok és szükség szerint a biztosított személyes vizsgálata alapján. A döntés meghozatalánál a biztosítót más egészségügyi szervezet döntése nem köti, ami nem zárja ki az általános szabályok szerinti jogorvoslati lehetőségeket.
- 6.3. Jelen kiegészítő biztosítás kizárólag az első rosszindulatú daganatgyanú beigazolódásakor szolgáltat, tehát amennyiben a 4.1. pontban leírt biztosítási esemény bekövetkezik, és a rosszindulatú daganat gyanúja beigazolódik, úgy a **biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató – 11.2. pont)** az 5.2. pontban foglalt szolgáltatások nyújtására köteles, de a kiegészítő biztosítás további kockázatviselése a rosszindulatú daganat gyanúja beigazolódása hónapjának utolsó napján 24:00-kor megszűnik.
- 6.4. A jelen kiegészítő biztosítás szerinti szolgáltatások teljesítésére legkésőbb a biztosítási esemény bekövetkeztét követő két éven belül kerülhet sor.
- 6.5. Amennyiben a 4.1. pontban leírt biztosítási esemény bekövetkezik, de a rosszindulatú daganat gyanúja nem igazolódik, a kiegészítő biztosítás folyamatos díjfizetés esetén hatályban marad.

7. A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, TARTAMA

- 7.1. A jelen kiegészítő biztosítás létrejöttékor az alapbiztosítás tartamából –, illetve, ha az alapbiztosítás szabályzatának értelmében az alapbiztosítás tartama és a díjfizetési tartam különböző, úgy a díjfizetési tartamból – még legalább egy teljes évnél hátra kell lennie.
- 7.2. Az alapbiztosításra vonatkozó szabályzat szerint jelen kiegészítő biztosítás határozott, egy éves tartamra jön létre, de folyamatosan érvényben marad a következő biztosítási évre, kivéve, ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási év végét legalább 30 nappal megelőzően írásban jelzi, hogy nem kívánja a jelen szerződést megújítani.

8. A BIZTOSÍTÁS DÍJA

- 8.1. Jelen kiegészítő biztosítás díját a biztosító a kiegészítő biztosítás megkötésétől számított 1 éves időszakokra garantálja, a biztosítás díja a biztosított aktuális életkorának függvényében, a korcsoportos díjszabásnak megfelelően változik. Amennyiben a biztosított életkorának változása miatt a biztosítási díj a biztosítási időszakban megváltozik, úgy a változás mértékéről a biztosító legalább 60 nappal a határozott tartam lejárta előtt, írásban tájékoztatja a szerződőt.
- 8.2. A biztosító jogosult jelen kiegészítő biztosítás díját a 8.1. pontban foglaltakon felül egyoldalúan módosítani, ha a működésében az alábbi körülmények (Oklista) miatt tényleges költségnövekedés merül fel:
- **a biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató)** által meghatározott díjtétel módosítása a díjtételbe épített technológiai, működési költségek változása következtében.
- A biztosító a költségek módosításáról szóló ügyfélértesítésben (Éves értesítő) tájékoztatni köteles a szerződőt, hogy a fenti Oklista mely tétele miatt szükséges jelen kiegészítő biztosítási szerződés díját módosítani.
- 8.3. A 8.1. és a 8.2. pont szerint módosított díj a biztosítás évfordulójától kezdődően érvényes. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, jelen kiegészítő biztosítás a következő biztosítási időszak első napjának 0:00 órájával maradékjogok nélkül megszűnik, ha erre a szerződő figyelmét a módosítással egyidejűleg felhívja a biztosító.
- 8.4. Jelen kiegészítő biztosítás utólagos felvétele esetén az 1 éves határozott tartam számítása az alapbiztosítás biztosítási évfordulójához igazodik, így az első biztosítási év tört év is lehet.

9. KOCKÁZATELBÍRÁLÁS, VÁRAKOZÁSI IDŐ

- 9.1. A biztosított életkorától, nemétől, foglalkozásától és az egyéb kockázati körülményektől függően, jelen kiegészítő biztosítás kockázatelbírálásához a biztosított egészségi nyilatkozata vagy orvosi vizsgálata, illetve egyéb orvosi iratai szükségesek.
- 9.2. A biztosító a jelen kiegészítő biztosítás ajánlatának aláírásától számított 6 havi várakozási időt köt ki. Ha a biztosítási esemény ezen időn belül bekövetkezik, úgy a biztosító nem nyújt szolgáltatást, és a kiegészítő biztosítás megszűnik. Ebben az esetben a biztosító a kiegészítő biztosításra befizetett díjakat visszafizeti a szerződőnek.

10. KIZÁRT KOCKÁZATOK

- 10.1.** Az általános szabályzatok közlési és változásbejelentési kötelezettségre vonatkozó pontjain túlmenően a közlési kötelezettségsértés következményeivel jár és a jelen kiegészítő biztosítás keretében a biztosító nem viseli a kockázatot, ha a rosszindulatú daganatos betegség a biztosítottnál a szerződéskötés időpontjában már fennállott, illetőleg ha a daganatos betegséget jelző vagy az azt megelőző megváltozott egészségi állapot a szerződéskötéskor a szerződő vagy a biztosított számára már ismert volt.
- 10.2.** A biztosító kockázatviselése nem terjed ki a rosszindulatú daganatos betegség gyanújának alábbi csoportjaira:
- a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganatgyanú,
 - valamely korábbi daganatos betegség kiújulásaként jelentkező daganatgyanú,
 - a bőrrákgyanú, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
 - a genetikai vizsgálatra alapozott daganatgyanú.

11. VEGYES RENDELKEZÉSEK

- 11.1.** Jelen kiegészítő biztosítás nem vásárolható vissza, nem díjmentesíthető és kölcsönrel nem terhelhető; megszűnése esetén maradék-jogokkal nem rendelkezik.
- 11.2.** **A biztosító egészségügyi szolgáltató partnere (a továbbiakban szolgáltató):** a biztosítóval kötött szerződés alapján a biztosítottnak a jelen szerződési feltételek szerinti szolgáltatásokat nyújtja.

ONKOMPLEX Rákdiasztika és Asszisztencia Kft.

Telefon: (+36) 1-506-0526

E-mail: alfa@onkomplex.hu

A szolgáltatásra vonatkozó igény telefonon történő bejelentésére rendelkezésre álló időszak: munkanapokon 8:00–20:00 óra között.

11.3. A szolgáltató partnerrel kapcsolatos szabályok

- 11.3.1.** Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése és a biztosító más szolgáltató partnerrel állapodik meg, úgy a biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 30 nappal értesíti a szerződőt.
- Amennyiben a szerződő az értesítés kézhezvételétől számított 30 napon belül nem mondja fel a biztosítási szerződést, akkor a biztosítási szerződés a szolgáltatást nyújtó partner személyében bekövetkezett változástól eltekintve változatlan feltételekkel folytatódik tovább.
- 11.3.2.** **Amennyiben a jelen különös feltételekben megnevezett szolgáltató partnerrel megszűnik a biztosító szolgáltatás nyújtására irányuló szerződése, és a biztosító – rajta kívül álló okok miatt – nem tud más szolgáltató partnerrel megállapodni, úgy a biztosító erről legkésőbb a szolgáltatás nyújtására irányuló szerződés megszűnése előtt 30 nappal értesíti a szerződőt.**
- Amennyiben a biztosító rajta kívül álló okok miatt nem tud más szolgáltató partnerrel megállapodni, úgy jelen kiegészítő biztosítási szerződés megszűnik az értesítésben jelzett időpontban.**
- A megszűnése vonatkozó értesítés kézhez vétele és a szerződés megszűnése közötti időszakban a biztosító által befogadott szolgáltatási igények ellenértékét a biztosító egy összegben teljesíti.**
- 11.3.3.** A szerződő jogosult a 11.3.1. és 11.3.2. pontban jelzett esetekben a biztosítási szerződést az erről szóló írásbeli értesítést követő 60 napon belül felmondani. Ebben az esetben a biztosítási szerződés további szolgáltatás nyújtása nélkül megszűnik a felmondás biztosítóhoz történő beérkezése napja 24:00 órakor.