

BIZTOSÍTÁSI TERMÉKISMERTETŐ

Jellemzők	Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosítás				
Fedezetek, szolgáltatások	külföldi gyógykezelési szolgáltatás				
Kiterjesztett szolgáltatások	kiterjesztett második orvosi szakvélemény és külföldi gyógykezelés megszervezése szolgáltatás a Különös Feltételek 2. számú melléklete szerint				
Biztosítási esemény	bármely biztosítottnál a kockázatviselés ideje alatt olyan betegség diagnosztizálása, mely a Különös Feltételek 6) pontjában szerepel és/vagy amelynek a kezelésére a Különös Feltételek 6) pontjában meghatározott orvosi beavatkozások valamelyikét javasolták második orvosi vélemény szolgáltatás a betegségek széles körére terjed ki a Különös Feltételek 2. melléklete szerint				
Szerződő	kizárólag cég lehet: gazdasági társaság, egyéni vállalkozó, egyéb szervezet				
Biztosítottak létszáma	egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás esetén legalább 10 fő hozzátartozók nélkül („nagy csoportos” szerződés)				
	egészségi kockázatbírálással létrejövő csoportos egészségbiztosítás esetén legalább 3 fő hozzátartozók nélkül („kiscsoportos” szerződés)				
Biztosított	egészségi kockázatbírálással létrejövő „kiscsoportos” egészségbiztosítás főbiztosítottjait egyéni mérlegelés alapján választhatja ki a szerződő a cég teljes munkaidőben foglalkoztatott munkavállalói közül. Egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő „nagy csoportos” egészségbiztosítás főbiztosítottjai az ajánlatban rögzített csoportképző ismérv alapján egyértelműen körülhatárolható munkavállalók összessége. A szerződő köteles a csoportképző ismérv alapján meghatározott csoportba tartozó valamennyi munkavállalót főbiztosítottként megjelölni. Mind „kiscsoportos”, mind „nagy csoportos” biztosításba egyéni mérlegelés alapján bevonhatók a főbiztosítottak hozzátartozói (partner és/vagy gyerekek) is.				
	belépési kor: főbiztosítottak és partner hozzátartozók esetén 19-64 év, gyermek esetén: 0-18 év számítása: az adott biztosított vonatkozásában a biztosító kockázatviselése kezdetének éve és a biztosított születési évének különbsége újszülöttek bevonása: a születést követő 30. naptól lehetséges				
	maximális kor lejáratkor: 85 év (utolsó biztosítási év 84 éves korban indulhat)				
Biztosított be- és kiléptetése	a biztosítottak tartam közben is be-, illetve kiléptethetők				
	beléptetés: „nagy csoportos” biztosítás esetében kötelező, ha a csoportképző ismérv alapján körülhatárolt csoportba már az adott biztosított is beletartozik; a beléptetett biztosítottal szemben a kockázatviselés kezdete a belépési nyilatkozat aláírását követő hónap első napja; a következő díjesedékeséig hátralévő hónapok száma alapján töredékdíjat kell fizetni a biztosító a biztosítási év közben belépett biztosítottak után a tárgyévre járó biztosítási díjait év közben nem követeli, az ezzel kapcsolatos elszámolás a következő biztosítási évfordulón történik				
	kiléptetés: „nagy csoportos” biztosítás esetében kötelező, ha a csoportképző ismérv alapján körülhatárolt csoportba az adott biztosított többé már nem tartozik bele; a kiléptetett biztosítottal szemben a kockázatviselés vége a csoport elhagyásának napja; a megkezdett hónapok száma alapján töredékdíjat kell fizetni; a biztosító a biztosítási év közben kilépett biztosítottak esetében is elvárja a biztosítási év végéig tartó időszakra a biztosítási díjakat azok esedékeségekor, majd a következő biztosítási évfordulón visszatéríti a kilépett biztosítottak után azon hónapokra megfizetett biztosítási díjakat, melyekben nem állt kockázatban az adott biztosított vonatkozásában a „Főbiztosított” kilépésével az összes hozzátartozóra is megszűnik a kockázatviselés				
Külföldi gyógykezelési szolgáltatás	fedezett orvosi beavatkozások: rákos megbetegedések (in situ és premalignus rákok is fedezettek), szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét, szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása, idegsebészeti beavatkozások (gerincvelőben található jóindulatú daganatok gyógyítása is fedezett), élő donoros, szerv- és szövetátültetés				
	szolgáltatás: a külföldi gyógykezelés megszervezése + az egészségügyi szolgáltatásokkal, illetve egyéb összefüggő szolgáltatásokkal kapcsolatos, számlával igazolt költségek fedezete, amelyek a biztosított külföldi gyógykezelésének megszervezésével, lebonyolításával kapcsolatban merülnek fel				
	nem térít a biztosító, ha a várakozási idő alatt diagnosztizálják a betegséget, vagy a tünetek először a várakozási idő alatt jelentkeznek				
Külföldi gyógykezelés térítési összegtartói	összesített limit: 1 000 000 euró / biztosított / biztosítási év				
	összesített limit a biztosítás teljes tartamára: 2 000 000 euró / biztosított				
	a külföldi gyógykezelés alatt kórházban töltött időre napi térítés 100 € / nap, maximum 60 napig				
	külföldi gyógykezelést követő otthoni gyógyszeres kezelés költségeinek térítése 50 000 €-ig, a biztosítás teljes tartamára érvényes a limit; ellentétben a többi szolgáltatással, ennél az elemnél a biztosító a biztosított által benyújtott számla alapján térít, tehát a gyógyszerek megvásárlását a biztosított előfinanszírozza				
Díjfizetés gyakorisága, módja, devizaneme	éves, féléves, negyedéves, havi				
	banki átutalás				
	devizanem: forint				
Költségek	Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás	éves díj	féléves díj	negyedéves díj	havi díj
	Gyermek díja* (0 – 18 éves)	38 500 Ft	19 950 Ft	10 150 Ft	3 500 Ft
	Egyéni díj (19 – 64 éves)	88 200 Ft	45 150 Ft	22 750 Ft	7 875 Ft
	Egyéni díj (65 – 84 éves)	163 800 Ft	83 650 Ft	42 350 Ft	14 350 Ft
	*Amennyiben egy főbiztosított mellé háromnál több gyermek hozzátartozót kívánnak bevonni a biztosításba, úgy a negyedik és további gyermekek díja ingyenes.				

Jellemzők	Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosítás
Egészségi kockázatbírálás	csoport nagyságától függően: „kiscsoportos” szerződés esetén egészségi nyilatkozat szükséges, nagycsoportos” szerződés főbiztosítottjai (munkavállalói) esetében nincs kockázatbírálás hozzátartozók bevonása esetén minden esetben szükséges az egészségi nyilatkozat kitöltése
Várakozási idő	6 hónap minden biztosított vonatkozásában
Respiró	a biztosító az esedékességtől számított 60 napig viseli a kockázatot
Biztosítás tartama	1 éves tartamú, automatikusan megújuló a biztosító kockázatviselése az ajánlat aláírását követő hónap első napjától kezdődik a teljes szerződés évfordulót megelőző 15. napig írásban felmondható
A biztosítási fedezet és a biztosítás megszűnése	A biztosítás kifizetés nélkül megszűnik a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek 22.1. a) - d) pontjában foglalt eseteken kívül: a. abban az esetben, ha a biztosító felmondja a szerződést (Különös feltételek a 16) d) pontja) b. abban az esetben, ha a szerződő felmondja a szerződést (Különös feltételek 13) d) vagy 16) c) pontja) c. ha az egészségi kockázatbírálással létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottjainak száma 3 fő alá csökken d. ha az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottjainak száma 10 fő alá csökken Adott biztosítottra a fentiekén túl kifizetés nélkül megszűnik a biztosító kockázatviselése: a. azon a biztosítási évfordulón, amikor a biztosított betölti a 85. életévét b. biztosított halála esetén c. abban az esetben, ha a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra teljesített összes biztosítói kifizetés az adott biztosítottvonatkozásában meghaladja a biztosítás teljes tartamára érvényes, összesített térítési összeghatárt d. abban az esetben, ha a biztosított a kockázatviselési időszak során bármely 12 hónapos periódust tekintve legalább 91napon keresztül megszakítás nélkül Magyarország határain kívül tartózkodik e. abban az esetben, ha az egészségi kockázatbírálás nélkül létrejövő csoportos egészségbiztosítás főbiztosítottja az ajánlatban rögzített csoportképző ismérv alapján meghatározott főbiztosított csoportnak már nem tagja f. a biztosított írásbeli nyilatkozatával g. a közlési, illetve a változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén, amennyiben az adott biztosítottra vonatkozó fedezetet a biztosító felmondja h. amennyiben a szerződő a biztosítónak – a szerződést érintő lényeges körülményekről való utólagos tudomásszerzésére, illetve a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változásáról történő tájékoztatásra figyelemmel – a szerződésmódosítására tett javaslatát nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül nem válaszol i. A hozzátartozói biztosítottra vonatkozóan a biztosító kockázatviselése a fentiekén túl kifizetés nélkül megszűnik abban az esetben, amikor arra a főbiztosítottra vonatkozóan, akinek a hozzátartozójaként bevonásra került, bármely okból megszűnik a biztosító kockázatviselése.
Általános kizárások	a. Minden olyan betegség vagy sérülés kapcsán felmerülő költség, mely szeizmikus földmozgás, árvíz, vulkánkitörés és egyébrendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is. b. Minden olyan költség, amely bármilyen típusú baleset eredményeképp merül fel, ideértve azon baleseteket is, melyeket a biztosított a hivatása gyakorlása közben szenvedett el, a munkahelyi baleseteket és foglalkozási ártalom miatt kialakult betegségeket, valamint a gépjárműhasználat közben fellépő baleseteket is. c. Minden olyan gyógykezelés, amelyet alkoholizmussal, kábítószer függőséggel és/vagy bódító hatású anyagok használatával kapcsolatban rendeltek el, túlzott alkoholfogyasztás és/vagy pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén kábítószerhasználat miatt. Szintén kizárásra kerülnek a biztosításból a biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint az öncsonkításra, önnön megkárosítására tett kísérletének következményei, illetve az ebből eredő betegségek.
Orvosi, egészségügyi kizárások	a. Minden meglévő betegség. b. Minden olyan kísérleti gyógyellátás, diagnosztikai, terápiás célú és/vagy műtéti beavatkozás, melyek biztonságát és megbízhatóságát tudományos módon nem igazolták. c. A biztosított HIV (AIDS) vírus fertőzöttsége, illetve minden olyan betegség, mely összefüggésben áll a biztosított HIV(AIDS) vírus fertőzöttségével vagy annak bármilyen kezelésével, ideértve a Kaposi szarkóma néven ismert betegséget is. d. Minden olyan költség, amely alternatív gyógyászat alkalmazása során merül fel, még abban az esetben is, ha kimondottan orvosi rendelvényre vették igénybe. e. Minden olyan kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy egyéb terápiás terv költsége, mely olyan betegség kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógymód a szervátültetés. f. Minden olyan betegség, amelynek oka szervátültetés, kivéve, ha az adott betegségre a szerződés kockázatvállalásakifejezetten kiterjed.
A további kizárások listájáról, valamint a nem fedezett költségekről részletes tájékoztatást nyújtunk a Csoportos Élet-, Baleset- és Egészségbiztosítási Általános Feltételek Kizárások pontjában, valamint a Best Doctors® Csoportos Egészségbiztosítás Különös Feltételeinek Kockázatkizárások pontjában.	
Kárigény bejelentés	Szolgáltatási igény bejelentése a Best Doctors® Egészségvonalon a +36-80-44-20-00 telefonszámon
<p style="text-align: center;">A termékismertető nem minősül a Biztosító általi ajánlattételnek.</p> <p style="text-align: center;">A termék részletes ismertetője a CIG Pannónia Életbiztosító Nyrt. Általános Életbiztosítási Feltételeiben, az Általános Baleset- és Egészségbiztosítási Feltételeiben és a Best Doctors® Smart Egészségbiztosítás Különös Feltételeiben találhatóak.</p>	