

TÁJÉKOZTATÓ

Egyensúlyban lévő krónikus betegségek váratlan rosszabbodására vonatkozó szolgáltatás (EUB2017-01U1 Biztosítási feltételek alapján létrejött szerződésekhez)

KRÓNIKUS BETEGSÉGEK - mire érvényes?

Betegségek

- Cukorbetegség
- Magas-vérnyomás betegség
- Krónikus szívbetegség szívelégtelenség nélkül
- Hormonálisan egyensúlyban lévő endokrin betegségek
- Dialízist nem igénylő krónikus vesebetegség
- Reflux megbetegedés
- Vizeletelakadással nem járó prosztatata-megbetegedések

Feltételek 1

- a betegség **nem daganatos eredetű**,
- az adott betegséggel összefüggésben **szövődmény még nem alakult ki**,
- az ismert betegséggel a Biztosított a betegség fennállása óta **folyamatosan rendszeres orvosi felügyelet alatt állt, és az előírt kontroll-vizsgálatokon részt vett**
- a betegséggel összefüggésben a kockázatviselés kezdetét **megelőző egy évben rendszeres kontroll vizsgálaton kívül egyéb orvosi ellátás** (pl. új kezelés vagy terápia-módosítás) **nem történt**

Feltételek 2

a kockázatviselés kezdetét **megelőző egy évben** a Biztosítottnak a **betegséggel összefüggésben nem volt olyan panasa vagy tünete**, amely az általános orvosi gyakorlat szerint **további vizsgálatot illetve kezelést tett volna szükségessé**
a kezelőorvos – utazást megelőző egy héten belül írásban tett – nyilatkozata szerint egészségi állapota alapján a Biztosított **adott utazáson történő részvétele orvosilag nem ellenjavallt**

KRÓNIKUS BETEGSÉGEK - szolgáltatás?

Szolgáltatás

- **Váratlan rosszabbodás miatt szükségessé váló sürgősségi ellátás a limitig**
- EEK országokban kizárólag érvényes EEK alapján meg nem térülő költségekre (EEK kártya kiváltása szükséges az utazás előtt!)
- Orvosi ellátás / Orvoshoz vagy kórházba történő betegszállítás
- Kórházi fekvőbeteg gyógykezelés (legfeljebb 30 napra)
- Hazaszállítás
- Holttest-hazaszállítás

Kizárások

- **Nem terjed ki a szolgáltatás:**
- EEK országokban EEK alapján megtérülő költségekre
- Gyógyszer-költségekre (kivéve a kórházi fekvőbeteg-ellátás keretében a kórháztól kapott gyógyszerekre)
- Gyógyászati segédeszközökre
- Olyan ellátásra vagy kezelésre, amely a sürgősségi ellátást megelőzően is már a kezelés része volt
- Kórházi napi térítés szolgáltatásra

Kármegelőzés

- A szolgáltatás feltétele, hogy a Biztosított az adott betegséggel összefüggésben számára **előírt orvosi utasításokat maradéktalanul betartja** (pl. előírás szerinti gyógyszereket előírt rendszerességgel és adagolásban beveszi, az esetleges életmódbeli korlátozásokat figyelembe veszi).
- Szükséges **a kezelőorvostól az utazást megelőző egy héten belül kiállított írásos vélemény** (lásd a hátoldalon szereplő kérdések szerint)

Tisztelt Ügyfelünk! Kérjük, hogy adja meg tervezett utazása adatait:

UTAZÁS JELLEMZŐI			
Utazás kezdete? Kérjük, adja meg az indulás napját!	év	hónap	nap
Utazás vége? Kérjük, adja meg az érkezés napját!	év	hónap	nap
Hová utazik?	kérjük, jelölje X-szel a megfelelő választ, és – ahol szükséges – adja meg a célország(ok)at is!		
<input type="checkbox"/> Európa	<input type="checkbox"/> USA / Kanada	<input type="checkbox"/> Közép- vagy Dél-Amerika	
<input type="checkbox"/> Ázsia – ország(ok):			
<input type="checkbox"/> Afrika – ország(ok):			
Utazás célja (tevékenység)?	kérjük, jelölje X-szel a megfelelő választ, és – ahol szükséges – válaszoljon részletesen is!		
<input type="checkbox"/> Pihenés	<input type="checkbox"/> Sport / sportágak:	<input type="checkbox"/> Munkavégzés - szellemi	
<input type="checkbox"/> Munkavégzés – fizikai / tevékenység(ek):			
<input type="checkbox"/> Egyéb / tevékenység(ek):			
Milyen járművel utazik a célország(ok)ba?	kérjük, jelölje X-szel a megfelelő választ, és – ahol szükséges – válaszoljon részletesen is!		
<input type="checkbox"/> autóval	<input type="checkbox"/> busszal	<input type="checkbox"/> repülővel	<input type="checkbox"/> egyéb járműve(kk)el/ pontosan:

UTASTÖLTÍ KI!

Kérjük, hogy – a krónikus betegségekre vonatkozó szolgáltatás feltételeként – a fenti utazást megelőző egy héten belül - szerezze be a következő kérdésekre vonatkozóan kezelőorvosa írásos véleményét!

A Biztosító az orvos nyilatkozatát az alábbiól eltérő formában is elfogadja, ha az az itt feltett kérdésekre egyértelműen választ ad.

Utas neve:	Születési dátuma:		
Kérjük, jelölje be a megfelelő választ!			
1. Az utasra vonatkozóan alábbi betegségek ismertek:		jelölje X-szel	
	cukorbetegség		
	magas-vérnyomás betegség		
	krónikus szívbetegség szívelégtelenség nélkül		
	hormonálisan egyensúlyban lévő endokrin betegségek		
	dialízist nem igénylő krónikus vesebetegség		
	reflux megbetegedés		
	vizeletelakadással nem járó prosztatata-megbetegedések		
	egyéb (kérjük, sorolja fel diagnózis szerint)		
:		
2. Az első pontban megjelölt ismert betegségekre vonatkozóan:		IGEN	NEM
IGEN válaszok esetén kérjük, a lap alján adjon részletes választ/indoklást!			
a) kialakult-e valamilyen szövődmény?			
b) történt-e az elmúlt egy évben – rendszeres kontroll vizsgálaton kívül – egyéb orvosi ellátás?			
c) szed-e az utas rendszeresen gyógyszert?			
d) a megadott utazáson történő részvétel orvosilag ellenjavallt-e valamilyen ok miatt?			
IGEN válasz esetén részletes válasz / indoklás:			

KEZELŐORVOS TÖLTÍ KI!

Kezelő-/házi orvos neve: Elérhetősége (tel/e-mail):

Dátum

Orvos aláírása