

## TÁJÉKOZTATÓ

Egyensúlyban lévő krónikus betegségek váratlan rosszabbodására vonatkozó szolgáltatás (EUB2018-01U1 és EUB2018-03ONU jelű 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!  |  |                |     |
| <b>1. Az utasra vonatkozóan alábbi betegségek ismertek:</b>                                      |  | 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)          |                |     |
|  | .....:   |                |     |
| <b>2. Az első pontban megjelölt ismert betegségekre vonatkozóan:</b>                             |  | 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