

# Feltétel

## Egészségbiztosítás

Az MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár  
„Gondoskodás Szolidáris Alapja”-nak Csoportos egészségbiztosítása

# Ügyfélértékező

Az MKB-Pannónia Egészség- és Önségélyező Pénztár tagjai és társbiztosítottjai részére nyújtott Gondoskodás Szolidáris Alap Csoportos Egészségbiztosításról, a biztosítási feltételekről

Tisztelt Pénztártag! Tisztelt Ügyfelünk!

Örömünkre szolgál, hogy az MKB-Pannónia Egészség- és Önségélyező Pénztár tagjai és szolgáltatásra jogosultjai részére kedvező biztosítási feltételeket nyújthatunk.

A zökkenőmentes együttműködés érdekében kérjük, hogy figyelmesen olvassa el az Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatónkat és a **szerezési feltételeket**.

Biztosítónk az **UNIQA Biztosító Zrt.**, a társaság székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

A Biztosító Felügyeleti szerve: a Magyar Nemzeti Bank (székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.; ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) A Biztosító pénzügyi jelentésének közzétételi helye: **www.uniqa.hu**.

A biztosítási szerződés jellemzőire vonatkozó részletes tudnivalókat a Gondoskodás Szolidáris Alap Csoportos Egészségbiztosítás feltételei (továbbiakban: Feltételek) tartalmazzák az MKB-Pannónia Egészség- és Önségélyező Pénztár honlapján a **www.mkbep.hu/egeszsegbiztositas** menüpontban.

A szerződési feltételekben szereplő információk könnyebb fellelhetőségét az alábbi összefoglalóval kívánjuk segíteni:

## 1. Fontos tudnivalók a Gondoskodás Egészségbiztosításról:

- A szerződés jellemzőire vonatkozó **általános ismeretek**, így többek között a biztosítási időszak és tartam meghatározása, a Biztosító **kockázatviselésének** kezdetére és megszűnésére, valamint a **szerezés megszűnésére** vonatkozó tudnivalók a Feltételek 1.–24. pontjaiban szerepelnek. A szerződésre a magyar jogot kell alkalmazni.
- A biztosítási jogviszony a Biztosított, Társbiztosított számára a Biztosító szerződésben vállalt egészségügyi szolgáltatásainak igénybevétele teszi lehetővé, amennyiben a Biztosított a Feltételekben meghatározott módon jár el és a biztosítási esemény (betegség) körülményei a Feltételekben megengedett körülményeknek felelnek meg.  
A biztosítási jogviszonyt a Pénztár minden hónapban a havi biztosítási díj megfizetését megelőzően a személyes azonosításhoz szükséges adatállomány átadásával igazolja a Biztosítónak. A Biztosított az ellátásszervezőhöz történő bejelentkezésekor az adatai megadásával igazolja magát, ez alapján az ellátásszervező ellenőrzi a nyilvántartásában a jogosultságot.
- A **biztosítás kezdete**: annak a hónapnak az első napján 00:00-kor kezdődik, amely hónapra az első havi biztosítási díj megfizetése megtörtént. A Gondoskodás Szolidáris Alap elindításakor ez az időpont 2017. április 1. 00:00.  
A Biztosító kockázatviselése azon időszakra áll fenn, amely időszakra a biztosítási díj megfizetése folyamatosan, előre megtörtént.
- A **kockázatviselés megszűnése**:
  - ha a Biztosítottnak a biztosítási szerződésbe bevont Szolidáris Alaphoz való tartozása megszűnik, az Alaphoz való tar-

tozás utolsó napjának leteltével (Pénztárból vagy Alaphoz való kilépés miatt);

- a Társbiztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet kizárólag akkor tartható fenn, amennyiben a Pénztártag is a biztosítás fizető biztosítottja.
- annak a naptári évnek a végével, amelyben a Biztosított életkora eléri a 75. életévet;
- a Biztosított halálának időpontjával.
- A Biztosító előzetes kockázat elbírálást (orvosi vizsgálatot) és várakozási időt nem alkalmaz, azonban kizárólag a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett betegségek esetén nyújt szolgáltatást. Az előzménybetegségeket a Biztosító jogosult ellenőrizni.
- A Feltételek 25.–52. pontja a **biztosítási eseményeket és szolgáltatásokat** tartalmazza, a kapcsolódó fogalmak magyarázatával együtt.

## 2. Szolgáltatás iránti igény bejelentése

- A Biztosított a szolgáltatás iránti igényét az ellátásszervező **Advance Medical Hungary Kft-nél** munkanapokon 08:00 és 20:00 között jelezheti a következő telefonszámon: **+36 1 461 1527**.

## 3. Egyéb általános tudnivalók:

- A **díjfizetésre, elszámolásra** vonatkozó feltételeket, az értékvetési lehetőséget a Feltételek 53.–62. pontja szabályozza.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** a Feltételek 63.–75. pontja foglalja össze.
- A Biztosító **mentesüléséről** és a **nem vállalható** (kizárt) kockázatokról a Feltételek 76.–81. pontja tájékoztat.
- A Feltételek 82.–90. pontja emeli ki a **törvények** által meghatározott, az Ügyfelek számára fontos egyéb információkat, úgymint
  - A **biztosítási titokkal, a Biztosító adatkezelésével**, kapcsolatos tudnivalókat a Feltételek 82.–86. pontja tartalmazza.
  - Az **ügyfelek adatait** a Biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a biztosítási tevékenységről szóló, 2014. évi LXXXVIII. törvényben foglaltaknak megfelelően – a Feltételek 84. pontjában meghatározott szervezeteknek (pl. **Felügyelet, bíróság, ügyészség**) továbbíthatja.
  - A Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő a **Feltételek 88.–90. pontjában foglaltak szerint**.
- A **biztosítási szerződés 2017. március 1-től 2019. december 31-ig terjedően határozott időtartamra jött létre**, azonban azt az MKB-Pannónia Egészség- és Önségélyező Pénztár és a Biztosító írásban meghosszabbíthatja. A **meghosszabbítás a Pénztárnak és a Biztosítónak szándékában áll**.  
Biztosító jogosult a biztosítási szerződést annak megkötésétől számított bármely szerződéses évfordulót legalább 30 nappal megelőzően írásban felmondani. A felmondás esetén a biztosítási szerződés a felmondást követő szerződéses évfordulón szűnik meg.

A biztosítási szerződés 2017. március 1-től 2019. december 31-ig terjedő határozott időtartama alatt Pénztár nem jogosult a biztosítási szerződést rendes felmondással megszüntetni, azonban a **Biztosítottak, a Társbiztosítottak bármikor jogosultak a biztosítási szerződésből kilépni.**

A Biztosító szolgáltatásaival kapcsolatban a +36 1 461 1527 telefonszámon kaphat bővebb felvilágosítást.

**Valamennyi Pénztártagnak és Biztosítottnak jó egészséget kívánunk!**

Budapest, 2017. február 20.

**UNIQA Biztosító Zrt.**

#### **Panasz esetén jogorvoslati szervek:**

Amennyiben ennek a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. tv.-ben rögzített feltételei fennállnak, panaszával a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (1525 Budapest, BKKP Pf.: 172., internetes oldal: [www.mnb.hu/bekeltetes](http://www.mnb.hu/bekeltetes)) vagy a **Magyar Nemzeti Bankhoz** (1534 Budapest, BKKP Pf.: 777., internetes oldal: [www.mnb.hu/fogyasztovedelem](http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem)), vagy a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a társaságunk székhelyén (1134 Budapest, Róbert K. krt. 70–74.) megtalálható Ügyfélszolgálaton, valamint a [www.uniqa.hu](http://www.uniqa.hu) honlapon közzétett **Panaszkezelési Szabályzatból.**

Amennyiben Ön az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkezik és az 524/2013/EU rendelet 4. cikk (1) bekezdés a) pontja értelmében fogyasztónak minősül, a társaságunkkal elektronikus úton megkötött biztosítási szerződésével összefüggésben felmerülő pénzügyi fogyasztói jogvita bírósági eljáráson kívüli, a **Pénzügyi Békéltető Testület** közreműködésével történő rendezését az Európai Bizottság által létrehozott **online vitarendezési platformon** (<http://ec.europa.eu/odr>) keresztül is **kezdemenyezheti.**

Az online vitarendezési eljárással kapcsolatos további tudnivalókat megtalálja a [www.uniqa.hu](http://www.uniqa.hu) oldalon, valamint a Gondoskodás Szolidáris Alap Csoportos Egészségbiztosítás feltételei 89. pontjában.

# Az MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár „Gondoskodás Szolidáris Alapjára”-nak Csoportos egészségbiztosítási feltételei 001

Jelen csoportos biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban: **Biztosító** – MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár (a továbbiakban: **Pénztár**) „Gondoskodás Szolidáris Alapjára”-ja (továbbiakban: **Alap**) szolgáltatásának igénybevételére vonatkoznak. Az itt nem szabályozott kérdésekben a Gondoskodás Szolidáris Alapra vonatkozóan a Biztosító és a Pénztár által egymással kötött Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés (továbbiakban: **Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés**) és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

## A CSOPORTOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

### A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a **Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésben** és a **jelen biztosítási feltételekben** meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A **SZERZŐDŐ** személy a **Pénztár**, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését valamennyi biztosítottra együttesen vállalja.
  - 2.1. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtevése a Szerződő joga és kötelessége.
  - 2.2. A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységhez **írásban** eljuttatták.
  - 2.3. A Biztosító nyilatkozatait a Szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a Szerződő kötelessége a biztosított(ka)t tájékoztatni.
  - 2.4. Jelen feltételek alkalmazásában **SZERZŐDŐ** az MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár (1056 Budapest, Váci út 38.), amely a Biztosítóval a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződést megkötö, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat megteszi, és a biztosítás díját a Biztosító részére a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésben rögzítettek szerint megfizeti.
3. A biztosítási szerződés **az alábbi biztosítottakból álló csoportra** vonatkozik.
  - 3.1. Jelen feltételek alkalmazásában **biztosított**nak minősül minden, a Pénztárral tagsági jogviszonyban álló személy (aki nem tett lemondó nyilatkozatot, vagy aki lemondó nyilatkozatát követően újból csatlakozott a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződéshez) (Biztosított), illetve az általa Szolidáris Alaphoz csatlakoztatott 16. életévét betöltött Öpt. szerinti közeli hozzátartozó (a Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott közeli hozzátartozó és Ptk. 6:514. §-a szerinti élettárs) (Társbiztosított) (Biztosított és Társbiztosított együtt említve, mint: **biztosított**).

- 3.2. Társbiztosított nem lehet az a személy, akihez tartozó Pénztártag biztosított jogviszonya bármilyen okból megszűnt.
- 3.3. **Biztosított személy nem lehet az, aki** a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében betölti vagy korábban már betöltötte 75. életévét. A biztosított 75. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval a biztosított jogviszony jelen biztosítás vonatkozásában megszűnik.
- 3.4. A Szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.

4. **KEDVEZMÉNYEZETT:** a Csoportos Egészségbiztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben azon biztosított jogosult, akivel a biztosítási esemény megtörténik.

### A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS MEGSZÚNÉSE

#### A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A szerződés a Biztosító és a Szerződő között létrejött Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésből, a jelen **Feltételekből**, továbbá a biztosítottakra vonatkozó **adatközlőkből** és egyéb **nyilatkozatokból** áll.
6. A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés alapján nyújtja.
7. A Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés 2017. március 1-től 2019. december 31-ig szóló határozott időtartamra jött létre, amelyet Biztosító és Szerződő írásban meghosszabbíthat.
8. A szerződés **kezdeté** a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésben ekként megjelölt nap.
9. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően minden évben a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésben ekként megjelölt hónap és nap. Az évfordulóhoz kapcsolódnak – többek között – a biztosítási díj elszámolása, a szerződés tartalmi módosítása és az esetleges értékkövetés.
10. Az **első biztosítási időszak** a szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam. A további **biztosítási időszakok** a biztosítási évfordulók közötti egy éves időtartamok.
11. A Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés **határozatlan időtartamúvá** válása esetén, amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a Szerződő, sem a Biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés az utolsó adatközlőben foglaltaknak és a szerződés tartalmának megfelelő fel-

tételekkel folytatódik a következő biztosítási időszakra vonatkozóan.

## A BIZTOSÍTÁS HATÁLYBA LÉPÉSE

12. A biztosítás az azt követő hónap 1. napjának 0 órájától lép hatályba, amikor a Szerződő az **első díjat** a Biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

## A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE, „KEZDETI” ÉS „ÚJ” BIZTOSÍTOTTAK

13. A **KEZDETI** (a szerződésbe annak kezdetével bevont) **biztosítottakra** vonatkozóan a Biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** a szerződés hatálybalépését követő hónap elsejével kezdődik. **ÚJ** (a szerződés kezdetét követően belépő) **biztosítottokra** a Biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** az azt követő hónap első napján kezdődik, amikor a Szerződő a biztosítottra vonatkozó biztosítási díjat sikeresen zárta és megfizette.

14. A kockázatviselési időtartam a biztosított és a Biztosító viszonylatában azon időszak, amelyre vonatkozóan a Szerződő a biztosítottra vonatkozó csoportos egészségbiztosítás díját a Biztosító részére megfizette. A kockázatviselési időtartam minden esetben valamely díjfizetéssel rendezett hónap első napjával kezdődik.

15. Amennyiben a biztosítási díj a díjfizetési határidőig nem kerül megfizetésre, a Biztosító a díjjal nem rendezett időszakokra nem viseli a kockázatot. Amennyiben a Szerződő adott biztosított tekintetében fedezet hiánya miatt nem fizette meg a biztosítás díját a díj esedékességekor és lemondó nyilatkozatot nem nyújtottak be, a Szerződő a következő díjfizetés esedékességekor megkísérli zárolni a Pénztártag egyéni egészségszámláján a biztosítási fedezet éves díját (elmaradt és esedékes havi díjait). Amennyiben a tag számláján zárolásra kerül az összes elmaradt és esedékes biztosítási díj, a sikeres zárolást követő hónap 1. napjától a Biztosító kockázatviselése újraindul.

16. A biztosítás Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azonban a biztosítási eseményeket kiváltó ok a Föld bármely országában bekövetkezhet. A biztosítás a nap 24 órájára kiterjed. Jelen biztosítási szerződés keretében a Biztosító a **egészségbiztosítási szolgáltatásokat Magyarországon területén nyújtja.**

17. A Pénztártag szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójának (ideértve az élettársat is) Csoportos Egészségbiztosítási Szerződéshez való csatlakozásáról a Pénztártag nyilatkozhat. A csatlakozás írásban történik. A biztosított biztosított jogviszonya kockázat elbírálás (előzetes orvosi vizsgálat) nélkül jön létre, azonban a Biztosító kizárólag a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett betegségek esetén nyújt szolgáltatást figyelemmel a 30. pontban foglaltakra.

18. Biztosított jogviszony egy magánszemély részére egy adott időszakra és az adott biztosítási csomagra kizárólag egy jogcímen, azaz vagy tagsági jogviszonyból eredően, vagy Pénztártag pénztári számlájának szolgáltatására jogosult közeli hozzátartozójaként jöhet létre.

19. A biztosított jogviszony a csatlakozással jön létre. A Szerződő Alapszabálya, a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés és a jelen Biztosítási Feltételek szerint a Pénztártagok automatikusan Biztosítottnak/csatlakozottnak tekintendők, így esetükben kizárólag akkor szükséges a regisztrációs lap kitöltése, ha valamely okból kifolyólag kiléptek a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződésből, és abba újra be kívánának lépni. Az 1993. évi XCVI. törvény az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról (továbbiakban: Öpt.) szerinti Szolgáltatásra jogosultak, azaz a Pénztártagok bejelentett Öpt. szerinti közeli hozzátartozói (a Ptk. 8:1. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott közeli hozzátartozó és Ptk. 6:514. §-a szerinti élettárs), mint Társbiztosítottak esetén a csatlakozási nyilatkozat (regisztrációs lap) Pénztártag általi kitöltése minden esetben feltétele a csatlakozásnak.

20. Az Alaphoz csatlakozott Pénztártagok és szolgáltatásra jogosultak a Pénztár Alapszabályában foglaltak szerint a csatlakozással hozzájárulnak ahhoz, hogy a Pénztár, a Biztosító és azoknak a szolgáltatás nyújtásában közreműködő szervezetei az érintett magánszemélyek személyes adatait és egészségügyi adatait a szolgáltatás nyújtásához szükséges mértékben és annak érdekében az Alapból történő kilépésükig kezeljék, illetve az 52.4. pont értelmében a szolgáltatás igénybevételekor külön felhatalmazásban felmentést adnak az érintett hatóságoknak, intézményeknek az egészségügyi adataira vonatkozó titoktartási kötelezettségük alól a szolgáltatás nyújtásához szükséges mértékben. Egészségügyi adat átadására legkorábban a szolgáltatás igénybevételekor kerül sor.

21. A Pénztártag Gondoskodás Szolidáris Alapban fennálló tagsága az Alapból, vagy a Pénztárból történő kilépés esetén szűnik meg. Társbiztosított Alapban fennálló tagsága automatikusan megszűnik, amennyiben a Pénztártag (Biztosított) Alapban fennálló tagsága megszűnik, vagy amennyiben lemondó nyilatkozattal a Pénztártag (Biztosított) vagy a Társbiztosított az Alapbeli tagságáról lemond.

## A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŪNÉSE

22. A biztosítási **szerződés** – ezzel a Biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítottra – **megszűnik** az alábbi esetek bármelyikében:

- 22.1 a biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével, ha a Biztosító – akár a határozott időtartam alatt, akár a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés határozatlan időtartamúvá válását követően – a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal a felmondási szándékát a Szerződőnek írásban bejelenti. A Szerződőt ezen felmondási jog kizárólag a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés határozatlan időtartamúvá válását követően illeti meg;

- 22.2 a Szerződő díj nemfizetése esetén;

- 22.3 ha a Szerződő jogutód nélküli felszámolásáról rendelkező határozat született, a rendelkező határozat szerinti utolsó működési nap és a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napja közül a korábbi leteltével;

- 22.4. a Biztosító és a Szerződő eltérő rendelkezése hiányában a határozott időtartam végével.

23. **Valamely biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:



23.1. ha a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe bevont Szolidáris Alaphoz való tartozása (3. pont) megszűnik, az Alaphoz való tartozás utolsó napjának leteltével (Pénztárból vagy Alapból való kilépés miatt);

23.1.1. A csatlakozás megszűnése történhet a Pénztártag ún. lemondó nyilatkozatával, vagy a Pénztártag tagsági jogviszonya megszűnésével. A Pénztártag lemondó nyilatkozata esetén amennyiben a lemondó nyilatkozata az adott hónap 20-áig beérkezik, úgy a csatlakozás az adott hónap utolsó napján, ellenkező esetben az azt követő hónap utolsó napján szűnik meg. A Pénztártag Öpt. szerinti szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójának (Társbiztosított) csatlakozása a lemondó nyilatkozattal szűnik meg oly módon, hogy amennyiben a lemondó nyilatkozat az adott hónap 20-áig beérkezik, úgy a csatlakozás az adott hónap utolsó napján, ellenkező esetben az azt követő hónap utolsó napján szűnik meg. A Társbiztosított lemondó nyilatkozatát a Pénztártag (Biztosított) és/vagy a Társbiztosított írja alá. A Pénztártag Öpt. szerinti szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozójának (Társbiztosított) csatlakozása megszűnik, ha a Pénztártag tagsági jogviszonya megszűnik. A lemondó nyilatkozatot írásban a Pénztár címére (MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár 1821 Budapest), személyes tárhelyen, emailben az [ugyfel@mkbp.hu](mailto:ugyfel@mkbp.hu) címre, faxon a +36 1 268-7614-es faxszámra kell megküldeni. A biztosítási fedezet (a Biztosító kockázatviselése) a fentiek szerinti időpontban szűnik meg.

23.1.2. A Társbiztosítottra vonatkozó biztosítási fedezet kizárólag akkor tartható fenn, amennyiben a Pénztártag is a biztosítás fizető biztosítottja.

23.2. annak a naptári évnek a végével, amelyben a biztosított életkora eléri a 75. életévet;

23.3. a biztosított halálának időpontjával.

## KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

24. A Szerződő köteles a szerződésben rögzített adatainak, jogállásának megváltozásáról a Biztosítót 5 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a Szerződő viseli.

## A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

25. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a jelen szerződési feltételekben ekként meghatározott esemény.

26. **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a Biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor fellépő kötelezettsége. A Biztosító kizárólag egészségügyi szolgáltató által a biztosítottnak nyújtott egészségügyi vizsgálati, gyógykezelési szolgáltatásokat nyújtja biztosítási szolgáltatásaként.

26.1. A Biztosítottnak a Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor a biztosítási díjon felül költsége nem keletkezik, azok ellenértékét a Biztosító – a biztosító szolgáltatásainál megjelölt limitösszegek erejéig – közvetlenül fizeti meg az egészségügyi szolgáltató részére.

27. A **SZOLGÁLTATÁS ÖSSZETÉTELÉT** az 1. számú Függelék tartalmazza. A szolgáltatás összege, összetétele a szerződés tartamán belül a feltételekben szabályozott esetekben és módon változhat.

28. **BALESETNEK** minősül a szerződés hatálybalépését követően, a szerződés fennállása alatt a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

29. **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.

30. **ELŐZMÉNY NÉLKÜLI BETEGSÉGNEK** minősül az a betegség, amely nem áll okozati összefüggésben a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy megállapított maradandó egészségkárosodással.

A biztosítottnak a nem előzmény nélküli betegségével okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynek, ha az említett betegségről, a Biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatelbírálás során, vagy más – bizonyítható módon – tudomást szerzett, és a Biztosító nem zárta ki kockázatviselési köréből az ezekkel összefüggő szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot.

31. **KÓRHÁZNAK** minősül az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet – Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat – által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, a geriatriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

32. **MAGYAR MAGÁNKÓRHÁZNAK** minősül az a magyar tisztiorvosi felügyelet által engedélyezett és kórházi besorolást kapott fekvőbetegek számára fenntartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és az egészségügyi ellátások költségeit a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, mint társadalombiztosítási szerv (NEAK) nem vagy csak részlegesen finanszírozza.

33. **EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ** a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, aki, illetve amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által ekként elismert, és akinek, illetve amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.

34. **ELLÁTÁSSZERVEZŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ (TOVÁBBIKBAN EESZ):** az a szervezet, amely a Biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátásszervezési tevékenységet (35. pont) a biztosítottak tekintetében elvégezze.
35. **ELLÁTÁSSZERVEZÉS:** orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg-ellátás) megszervezése az ellátást igénybe vevők részére.  
Ellátásszervezésnek minősülnek a jelen szerződés vonatkozásában különösen az alábbiak: az egészségügyi ellátás, és a betegút menedzselése, kezelése, ellenőrzése, valamint az EESZ-nél, vagy rajta keresztül, szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.
36. **(ORVOSI) VIZSGÁLATNAK** minősül minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, az egészség megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.
37. **SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
38. **KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** MRI (mágneses rezonanciás képalkotás), CT (komputertomográfia), PET-CT (pozitron emissziós tomográfia és komputer tomográfia egyszerre és egymást kiegészítő alkalmazása).
39. **AMBULÁNS MŰTÉT:** olyan – járóbeteg-ellátás keretében végzett – műtét, amely után, a beavatkozást követően az ellátott személy megfigyelés után még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül sem kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésnek, sem egynapos sebészeti beavatkozásnak.
40. **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS:** jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre specializáltan működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt, és elvégezhető az ellátást igénybe vevő választása és vizsgálati eredménye alapján, továbbá: amely elvégzését követően – függetlenül attól, hogy altatásban vagy anélkül végezték – az ellátott az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán, kísérelvel hagyja el az intézményt.
41. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS:** minden olyan, kórházban történő, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, legalább 24 órás folyamatos kórházi benttartózkodást szükségessé tevő orvosi indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálátára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.
42. **EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI/EGÉSZSÉG- ÉS ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI TAG (PÉNZTÁRTAG):** Minden olyan természetes személy, aki betöltötte a 16. életévét, a Pénztár Alapszabályának rendelkezéseit magára nézve kötelezőnek ismeri el, tagdíjfizetést vállal, továbbá aláírja a belépési nyilatkozatot és azt a Pénztár záradékolja és ezzel őt tagjai sorába felveszi.
43. **GONDOSKODÁS SZOLIDÁRIS ALAP:** a Gondoskodás Szolidáris Alap (továbbiakban: Alap) a Pénztár közösségi szolgáltatása, amelyhez csatlakozik minden érvényes pénztári tagsággal rendelkező Pénztártag (aki nem tett lemondó nyilatkozatot, vagy aki lemondó nyilatkozatát követően újból csatlakozott az Alaphoz), illetve az általa az Alaphoz csatlakoztatott 16. életévét betöltött Öpt. szerinti szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó (ideértve az élettársat is). A Pénztártag, valamint a regisztrált Szolgáltatásra jogosult (Társbiztosított) Alaphoz való csatlakozása a Pénztártag tagsági viszonya megszűnésével, megszüntetésével, vagy kilépési nyilatkozat (lemondó nyilatkozat) megtétele esetén szűnik meg.

#### BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK

44. **KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, ha a kockázatviselési tartamon belül a biztosítottat kezelő szakorvos a biztosított egészségügyi állapotával összefüggésben és orvosi alapon megalapozott módon a biztosított számára szakorvosi javaslat alapján képalkotó diagnosztikai vizsgálatot ír elő.  
44.1. Nem tartoznak a biztosítási események közé a következő vizsgálatok: CBCT, szűrési célú vizsgálatok.
45. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvosi javaslat kiállításának dátuma.
46. **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS:** biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező és szükségessé váló, indokolt, magán-egészségügyi szolgáltatónál igénybe vehető egynapos sebészeti ellátása, amennyiben azt az EESZ-nél előzetesen bejelenti. Az ellátás indokoltságát a Biztosító orvos-szakértője jogosult felülbírálni.  
46.1. Nem tartoznak a biztosítási események közé az ismétlődő vagy gondozás keretében elvégzett műtéti eljárások, valamint az alábbi beavatkozások, beavatkozás típusok:  
a) fénytörési hibát javító szemműtétek (PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK stb.);  
b) szépészeti okból végzett beavatkozások;  
c) meddővé tétel;  
d) meddőség kezelésével kapcsolatos ellátások;  
e) terhességmegszakítás, kivéve a méhen kívüli terhesség miatti ellátás;  
f) fogászati és szájszészeti beavatkozások;  
g) dialízis kezelés;  
h) orrsövény ferdülés kezelése;  
i) ambuláns sebészeti beavatkozások és kúraszerű ellátások.
47. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja az egynapos sebészeti ellátásra vonatkozó szakorvosi javaslat kiállításának dátuma.

48. **KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK:** jelen feltételek keretében biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező, a jelen kiegészítő biztosítás *2. számú Függelékében* meghatározott kiemelt kockázatú betegségben történő megbetegedése vagy ugyanott meghatározott műtét elvégzése. A biztosítási események bekövetkezésének – biztosítási eseményenként eltérő – időpontját ugyancsak az *2. számú Függelék* tartalmazza.

## A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAI

49. **KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a *38. pont* szerinti szolgáltatás. A Biztosító a képalkotó diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit a biztosítási szerződésben meghatározott **éves forint-limit erejéig**.

49.1. A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.

49.2. Az EESZ a biztosítási esemény *52. pont* szerinti bejelentését követően az *52.2.–52.3. pontban* megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a Biztosított diagnosztikai vizsgálatához.

49.3. A diagnosztikai vizsgálat helyszíne az Egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembe vételével.

49.4. A diagnosztikai vizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a biztosítottnak a biztosított által választott módon.

49.5. Az aktuálisan elérhető szolgáltatási keretösszeg egyenlegét az EESZ tartja nyilván, és a Biztosított kérésére erről tájékoztatást nyújt.

49.6. A képalkotó diagnosztikai vizsgálat díját a Biztosító csak a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át. Amennyiben a biztosított igénybe kívánja venni a diagnosztikai vizsgálatot, annak ára (amelyről az EESZ a kárigény elbírálásakor ad tájékoztatást) és a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a biztosítottat terheli. A különbözetet a biztosított köteles az Egészségügyi szolgáltató részére megfizetni a vizsgálat igénybevétele után. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az EESZ ad tájékoztatást.

49.7. A szolgáltatási keretösszeg értéke adott biztosítási évre vonatkozik. Az adott biztosítási évben fel nem használt szolgáltatási keretösszeg egyenlege nem vihető át a következő biztosítási évre.

49.8. A biztosított a számára felajánlott vizsgálati időpontot a vizsgálatot megelőzően legalább 3 munkanappal az EESZ-nél telefonon keresztül lemondhatja. Ebben az esetben az EESZ újabb időpontot ajánl fel a Biztosítottnak a lemondás időpontjától számított 10 munkanapon belül. Amennyiben a biztosított nem él a fentiek szerinti lemondás lehetőségével és a vizsgálaton nem jelenik meg, a Biztosító mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

49.9. Egy adott vizsgálat másodszori lemondása esetén a Biztosító nem köteles a biztosított részére újabb vizsgálati időpontot biztosítani, és mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

49.10. Több diagnosztikai vizsgálat egyidejű bejelentése esetén az EESZ az orvosi beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.

49.11. A biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.

49.12. Egy bizonyos diagnosztikai vizsgálat díját a Biztosító egy biztosítási éven belül csak egyszer vállalja át, kivéve, ha az ismételt vizsgálatra a biztosított egészségi állapotának orvosilag igazolt romlása vagy utánkövetése miatt van szükség. Ezen okok fennállását a Biztosító jogosult mérlegelni.

49.13. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

50. **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS SZOLGÁLTATÁS:** a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a *46. pont* szerinti szolgáltatás.

A Biztosító az egynapos sebészeti beavatkozás szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit a biztosítási szerződésben meghatározott **éves forint-limit erejéig**.

50.1. A költségek között elszámolható:

- preoperatív vizsgálatok (járóbeteg szakellátás) költségei:
  - I) labor illetve képalkotó diagnosztikai vizsgálatok
  - II) sebészeti és aneszteziológiai vizsgálatok
- egynapos sebészeti beavatkozás költsége (műtéti költség)
- a postoperatív szak (megfigyelés, utógondozás) költségei.

50.2. A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére (pl. útiköltség) nem terjed ki.

50.3. Az egynapos sebészeti ellátás költségét a Biztosító csak a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át. Amennyiben a biztosított igénybe kívánja venni az egynapos sebészeti ellátást, annak ára (amelyről az EESZ ad tájékoztatást) és a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a biztosítottat terheli. A különbözetet a biztosított köteles az Egészségügyi szolgáltató részére megfizetni. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az EESZ ad tájékoztatást.

50.4. Amennyiben a műtét során olyan komplikációk merülnek fel, ami miatt a biztosított bent tartózkodása meghaladja a 24 órát, vagy fekvőbeteg illetve sürgősségi ellátásra van szüksége, a Biztosító a felmerülő többlet-költségeket nem téríti meg.

50.5. A szolgáltatási keretösszeg értéke adott biztosítási évre vonatkozik. Az adott biztosítási évben fel nem használt szolgáltatási keretösszeg egyenlege nem vihető át a következő biztosítási évre.

50.6. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.



**51. KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK SZOLGÁLTATÁS:** a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a 48. pont szerinti szolgáltatás.

Figyelemmel a 67. pontban meghatározott a biztosítási szolgáltatásból eredő egészségügyi szolgáltatási igények elévülési idejére is, a Biztosító a kiemelt kockázatú betegségek szolgáltatás keretében megtéríti a biztosítási esemény bekövetkezését követő 3. naptári évig bezárólag, az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit a biztosítási szerződésben meghatározott éves forint-limit erejéig.

51.1. Több különböző típusú kiemelt kockázatú betegség egyidejű bekövetkezése esetén a szolgáltatási keretösszeg nem többszöröződik.

51.2. Különböző típusú kiemelt kockázatú betegségek időben elkülönült bekövetkezése esetén a biztosított kiemelt kockázatú betegségenként jogosult az 51. pont szerinti biztosítási szolgáltatásra, amennyiben megfelel a jelen feltételekben foglalt rendelkezéseknek, feltéve hogy a különböző típusú kiemelt kockázatú betegségek bekövetkezésének okai jól elkülöníthetők, egymástól függetlenek, és nem áll fenn közöttük ok-okozati kapcsolat.

51.3. Adott kiemelt kockázatú betegségre vonatkozóan a Biztosító csak egyszer szolgáltat, így az adott kiemelt kockázatú betegség ismételt bekövetkezése esetén a Kedvezményezett nem jogosult a Biztosító újbóli szolgáltatására.

51.4. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem teljesít biztosítási szolgáltatást.

51.4.1. A biztosított az alább felsorolt kategóriákba tartozó EESZ által jóváhagyott egészségügyi szolgáltatások számlával igazolt költségeinek megtérítését kérheti a szolgáltatási keretösszeg terhére:

- a) A biztosítási esemény következményeként fellépő egészségkárosodás rehabilitációja, gyógykezelése, illetve a biztosított állapotának utánkötése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.
- b) A biztosított egészségi állapotának, életminőségének javítása, a fájdalom és a szenvedés csökkentése érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.
- c) A biztosított további megbetegedéseinek megelőzése, korai felismerése, megállapítása, valamint a megbetegedése következtében kialakult állapot javítása érdekében igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.
- d) A biztosított egészségi állapotának javítását célzó egészségügyi szolgáltatások.

51.4.2. Az 51.4.1. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltatás kiterjed az alábbi főbb ellátási területekre:

- a) orvosi ellátás (fekvő- és járóbeteg)
- b) fizioterápia
- c) szövet- és sejtbanki tevékenység
- d) szakpszichológiai ellátás
- e) diétetika
- f) egészségügyi szolgáltatáshoz szükséges fekvőbeteg intézményben vagy speciális rehabilitációs intézményben való elhelyezés

g) tartós ápolás

h) orvos által végezhető kiegészítő gyógyászati tevékenységek, nem konvencionális gyógyászati módok:

- homeopátia,
- életmód oktatás és tanácsadás.

51.5 Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz költsége nem téríthető meg a szolgáltatási keretösszeg terhére.

51.6. A Kedvezményezett által igénybe vett 51.4.1. és 51.4.2. pontok szerinti egészségügyi szolgáltatások számlával igazolt költségét a Biztosító csak a szolgáltatási keretösszeg erejéig téríti meg. Amennyiben a szolgáltatási keretösszeg csak részben fedezi az egészségügyi szolgáltatás költségét, a Biztosító csak a szolgáltatási keretösszeg erejéig téríti meg annak költségét, a fennmaradó összeg megfizetése a Kedvezményezettet terheli.

51.7. Valamely biztosítási eseményhez tartozó megkezdett egészségügyi szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésétől számított 3. naptári évet követő nap 0. órájáig lehet igénybe venni, elszámolni figyelemmel a 67. pontban meghatározott a biztosítási szolgáltatásból eredő egészségügyi szolgáltatási igények elévülési idejére is. Amennyiben a fenti határidőig igénybe vett egészségügyi szolgáltatások megtérített költségei nem merítik ki a szolgáltatási keretösszeget, a fennmaradó összeg tekintetében a Kedvezményezett nem jogosult további egészségügyi szolgáltatások költségének megtérítésére.

## 52. A szolgáltatási igény elfogadásának feltételei

52.1. A biztosítási esemény bejelentését az EESZ telefonos elérhetőségén keresztül kell megtenni.

52.2. A szolgáltatás igénylésekor a Biztosítottnak az alábbi dokumentumokat kell email-en, faxon vagy postai úton eljuttatnia az EESZ-nek:

- diagnosztikai vizsgálatra, egészségügyi ellátásra szóló beutaló, vagy szakorvosi javaslat,
- releváns szakorvosi ellátásról szóló dokumentáció, amely igazolja, hogy a Biztosított az egészségügyi állapotával kapcsolatos szakorvosi ellátást vett igénybe,
- vonatkozó egyéb orvosi dokumentumok (pl.: kórházi zárójelentések, ambuláns lapok stb.).

52.3. Az EESZ az elbírálási folyamat során az 52.2. pontban meghatározott dokumentumok beérkezésétől számított 5 munkanapon belül további kiegészítő dokumentumokat kérhet be. Amennyiben a Biztosító orvosa a benyújtott dokumentumok alapján megállapítja, hogy a biztosított diagnosztikai vizsgálata, egészségügyi ellátása orvosilag nem indokolt vagy, hogy a beutalót, illetve vizsgálati javaslatot a Biztosított egészségi állapota szempontjából nem releváns szakorvos állította ki, a Biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.

52.4. A biztosított legkésőbb a szolgáltatás igénylésekor felhatalmazást ad a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. A biztosított felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, a társadalombiztosítási szövet (NEAK) és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított

egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a Biztosítónak és a Biztosító által megbízott, a Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés teljesítésében közreműködő ellátásszervezőnek (34–35. pontok) kérésére, átadják. A fenti felhatalmazások hiányában a biztosított nem jogosult a Biztosító szolgáltatásainak igénybevételeire. A szükséges kitöltendő felhatalmazási nyomtatvány(ok) rendelkezésre bocsátását Biztosító biztosítja biztosított részére.

## A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

53. A Biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **biztosítási díj** ellenében vállalja.

## A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

54. A biztosítási szerződés kezdetére vonatkozóan a Biztosító meghatározza a kezdeti biztosított létszámra számított **KEZDETI**, az első biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díjat, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai szerint (58. pont) módosítani nem kell.

55. A biztosítás **FOLYAMATOS (rendszeres)** díjfizetésű.

56. A **folyamatos díjfizetésű** biztosítás **folytatólagos díjai** a biztosítási hónapok első napján **előre esedékesek**.

57. A **díjfizetés gyakoriságát** a Szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését a biztosítási évforduló előtti 45. napig írásban jelzi a Biztosítónak, és a Biztosító ahhoz hozzájárul.

## A FELEK KÖZÖTTI ELSZÁMOLÁS, ADATKÖZLÉS, VÁLTOZÁSJELENTÉS

58. A felek közötti elszámolás, adatközlés és változás jelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat, és a felek közötti egyéb egyezségeket a Szerződő és a Biztosító között létrejött szerződés tartalmazza.

## DÍJMÓDOSÍTÁS, ÉRTÉKKÖVETÉS

59. A Biztosító a biztosítási időszak kezdetével jogosult a biztosítás díját a nyújtott szolgáltatások piaci árának változása, továbbá a biztosítási események kockázatközösségen mért gyakorisága miatti felülvizsgálatára, és biztosításmatematikai alapon új díjtétel megállapítására.

60. Amennyiben a biztosítás kockázati viszonyai megváltoznak – így többek között az átlagosan várható élettartam, a szolgáltatások igénybevételei gyakorisága vagy értéke –, akkor az egyes biztosítási időszakok kezdetével a Biztosítónak jogában áll a biztosítási díjat megfelelően módosítani. A díj módosításáról a Biztosító a biztosítási időszakot megelőző 45. napig értesítést küld a Szerződőnek. Amennyiben a szerződő 30 napon belül írásban elutasítja a díjnak a kockázati viszonyok megváltozásából fakadó módosítását, illetve nem az ennek megfelelően emelt díjat fizeti meg, a Biztosító jogosult a szolgáltatásokat megfelelően csökkenteni, illetve módosítani vagy a szerződést felmondani.

61. A Szerződőnek jogában áll az emelést a módosított díjról szóló értesítés kézhezvételét követő 30. napig írásban visszautasítania. Amennyiben a szerződő visszautasítja a díjmódosítást, úgy a biztosítási szerződés a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző napon megszűnik.

## MARADÉKJOGOK

62. A jelen biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradó **maradékjogok** (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási **kötvénykölcson** nem igényelhető, és **többlethozam-megosztásra** nem kerül sor.

## A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

### A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

63. A biztosítottnak (3. pont) a **biztosítási eseményt** a bekövetkeztétől számított **8 napon belül írásban** be kell jelentenie a Biztosítónak vagy az ellátásszervezőnek, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

### A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

64. A Biztosító a szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti.

65. A Biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.

66. A Biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződési feltételeknek megfelelően, a szolgáltatásra vonatkozóan rendelkezésére álló **legutolsó adatközlés tartalma** szerint nyújtja. Az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a Biztosító bekéri a szerződő féltől a szükséges adatokat, és kérheti a biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.

67. A **biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 1 év elteltével a biztosításból eredő egészségügyi szolgáltatási igények elévülnek**.

68. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior kizárja vagy korlátozza a teljesítést.

### A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

69. A biztosítási szolgáltatások igénybevételehez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:

69.1. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;

69.2. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;

69.3. hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró (vagy a nyomozás megtagadásáról szóló) határozatot;

69.4. a biztosítási esemény, a biztosítási összeg és a jogosultság (kedvezményezettség) megállapításához szükséges egyéb okiratokat.

70. Szükség esetén a Biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését is.

71. A biztosítási esemény igazolásával és érvényesítésével (például külföldre történő átutalás, dokumentumok fordítása) kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

72. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A Biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek bizonyítani szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összecszerúságát bizonyítják. A felsoroltakon kívül a Szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

73. Abban az esetben, ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

#### A BIZTOSÍTÓ FELÜLBÍRÁLATI JOGAI

74. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvosszakértőt** vehet igénybe. A Biztosító orvos-szakértőjének a biztosítási események vonatkozásában **felülbírálati** joga van.

75. A Biztosító orvos-szakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos-szakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a Biztosító a saját orvos-szakértőjének véleményét veszi alapul.

#### A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

##### A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

76. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (63. pont) nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.

77. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése és egyéb esetleges szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg, ha a betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a biztosított, a Szer-

ződő vagy a kedvezményezett, **szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.**

77.1. **SÚLYOSAN GONDATLANUL okozottnak minősül a biztosítási esemény**, különösen, ha az a fent felsorolt személyek

- a) szándékosan elkövetett bűncselekményével
- b) súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával
- c) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével
- d) érvényes jogosítvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen összefüggésben következett be.

78. A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, – a 49.8.–49.9. pontban meghatározott esetekben, – ha a Biztosított az egyes szolgáltatásokat az EESZ által meghatározottól eltérő Egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe, – ha az egészségügyi ellátás a Biztosító orvos-szakértője szerint nem indokolt.

79. A Biztosító **mentesülése esetén** a Szerződőt a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg.**

#### KIZÁRÁSOK

80. A Biztosító **kizárja kockázatviselési köréből** azon eseményeket, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:

- 80.1. HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);
- 80.2. radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- 80.3. öröklött és veleszületett rendellenességgel;
- 80.4. sürgősségi ellátással;
- 80.5. geriátriai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkkel;
- 80.6. bentalvásos alvászvizsgálattal (somnia, poly-somnia);
- 80.7. nem baleseti vagy nem betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;
- 80.8. a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;
- 80.9. a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;
- 80.10. olyan szubjektív panaszkodásra épülő betegségekkel, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségei /különösen a polidiszkopátia/ és azok közvetett és közvetlen következményei;
- 80.11. a nem megváltoztatásával;
- 80.12. a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával (például in-vitro-fertilizációval, illetve inszeminációval), a művi terhesség-megszakítással (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),

- 80.13. fogászati kezelésekkel, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják,
- 80.14. gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokkal (kivéve, ha a kezelés, illetve beavatkozás igénybevételére a szerződés kockázatviselési körébe tartozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan volt szükség);
- 80.15. a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;
- 80.16. a biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;
- 80.17. különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
- 80.18. repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
- 80.19. háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;
- 80.20. alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással vagy szolgáltatással, és elvonókúrákkal;
- 80.21. orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel;
- 80.22. a szaruhártyán végzett látásjavító korrekációs műtétekkel;
- 80.23. a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást);
- 80.24. reumatológiai kezelésekkel, kivéve, ha az akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak;
- 80.25. a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményekkel;
- 80.26. szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezésekkel, sérülésekkel; ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
- 80.27. a biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményekkel.

81. A Biztosító a **balesetek**, illetve a baleseti eredetű események **köréből kizárja:**

- 81.1. a megemelés összes formáját;
- 81.2. a porckorong sérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, zúzódásokat, horzsolásokat, húzóódásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket.

## VEGYES RENDELKEZÉSEK

### AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

82. A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) 135.§-a és 136.§-a alapján kezeli.

A Biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat pénztár- és biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani, és a titoktartási kötelezettséget alkalmazottai, megbízottai és közreműködői vonatkozásában is biztosítani.

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a Biztosító által felkért orvosszakértő, továbbá a Biztosító számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az UNIQA Biztosító Zrt-nél – személyazonossága igazolása után – tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. A per megindítható a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszéken vagy a Fővárosi Törvényszéken. Az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatást az UNIQA Biztosító Zrt. a kérelem közlésétől számított 25 napon belül teljesíti. A tájékoztatás iránti kérelmet az info@uniqa.hu e-mail címre vagy az UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70 –74. címre küldheti meg.

83. A **biztosítási titok** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a Biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A Biztosító az általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

84. Az **ügyfelek adatait** a Biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetekhez továbbíthatja:** a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezőhöz, Családi Csődvédelmi Szolgálathoz, családi vagyonfelügyelőhöz, hagyatéki ügyben el-



járó közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi államigazgatási szervhez, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, a Biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, könyvvizsgálóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmosás és terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró pénzügyi információs egységként működő hatósághoz vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján eljáró magyar bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is. Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felüyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása. A Bit. 147.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

85. A Csoportos Egészségbiztosítási Szerződés aláírásával és az Alapszabályban foglaltak szerint a Szerződő és a biztosítotok hozzájárulnak, hogy adataikat a Biztosító a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.

86. A Biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 149.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011.évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

## EGYÉB RENDELKEZÉSEK

87. A tényleges egészségügyi ellátást a 33. pont szerinti egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére az egészségügyi törvény rendelkezései vonatkoznak.

Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért a szolgáltató, és nem a Biztosító tartozik helytállni. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az elkövetett orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt kivizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

## PANASZOK BEJELENTÉSE

88. Az Ügyfél az UNIQA Biztosító Zrt. magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

a) **személyesen írásban vagy szóban** a Biztosító Ügyfél-szolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben,

b) **elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),

c) **telefonon** (a Biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefon számokon: +36-1/20/30/70/544-5555, 1418-as rövidszám),

d) **telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1/238-6060),

e) **levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címeztként kérjük feltüntetni a Panaszkezelés megnevezést is. **A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a [www.uniqa.hu](http://www.uniqa.hu) honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a Biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.**

A panasz Biztosító általi elutasítása esetén, amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos az Ügyfél:

a) a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36-40-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail: [ugyfelszolgalat@mnb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnb.hu)) vagy

b) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat.

Amennyiben a Biztosító által elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) fogyasztóvédelmi rendelkezése megsértésének kivizsgálására irányul, úgy az Ügyfél az MNB [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36-40-203-776, e-mail cím: [ugyfelszolgalat@mnb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnb.hu)] fogyasztóvédelmi eljárását kezdeményezheti.

**A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését. Az MNB tv. alkalmazá-**



sában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társaság, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a Biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselőjében eljáró személy.

**Amennyiben az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak**, a Biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a **Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást.**

89. Amennyiben Ön az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkezik és az 524/2013/EU rendelet (továbbiakban: **Rendelet**) 4. cikk (1) bekezdés a) pontja értelmében fogyasztónak minősül, a Biztosítóval elektronikus úton megkötött biztosítási szerződésével összefüggésben felmerülő pénzügyi fogyasztói jogvita bírósági eljáráson kívüli, a Pénzügyi Békéltető Testület közreműködésével történő rendezését az Európai Bizottság által létrehozott online vitarendezési platformon (<http://ec.europa.eu/odr>) keresztül is kezdeményezheti.

Az online vitarendezési platform az online vitarendezési eljárás lefolytatása céljából igénybe vehető olyan interaktív weboldal, amely elektronikus úton és díjmentesen elérhető az Unió intézményeinek valamennyi hivatalos nyelvén, így magyarul is. A honlap működésével kapcsolatos felhasználói útmutató a <https://webgate.ec.europa.eu/odr/userguide/> oldalon található.

A Rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatóra, amennyiben közte és a fogyasztó között létrejött online szolgáltatási szerződéssel kapcsolatban pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel.

Fogyasztónak minősül a Rendelet 4. cikk (1) bekezdés a) pontja alapján „bármely természetes személy, aki nem kereskedelmi, üzleti vagy szakmai célból jár el.”

A Rendelet 4. cikk (1) bekezdés e) pontja értelmében pedig online szolgáltatási szerződésnek minősül minden olyan szolgáltatási szerződés, amelynek értelmében a szolgáltató vagy a szolgáltató közvetítője egy weboldalon vagy egyéb elektronikus eszközön keresztül kínál valamilyen szolgáltatást, és a fogyasztó az adott weboldalon vagy egyéb elektronikus eszközön keresztül rendeli meg a szolgáltatást.

Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület (H-1525 Budapest, Pf.:172, telefon: +36-40-203-776, telefax: +36-1-489-9102, e-mail: [ugyfelszolgalat@mnbb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnbb.hu), internetes oldal: [www.mnbb.hu/bekeltetes](http://www.mnbb.hu/bekeltetes)) jogosult, amely a Magyar Nemzeti Bank által működtetett, szakmailag független testület. Az UNIQA Biztosító Zrt. online vitarendezés érdekében – kizárólag e célból – használt e-mail címe, amelyet az online vitarendezési platformon meg kell adni: [onlinevitarendezes@uniqa.hu](mailto:onlinevitarendezes@uniqa.hu)

90. A Biztosító Felügyeleti szerve: **Magyar Nemzeti Bank**  
Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.  
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.  
Levél cím: 1534 Budapest, BKKP Pf.: 777  
Internetes oldal: [www.mnbb.hu/felugyelet](http://www.mnbb.hu/felugyelet)  
Ügyfélszolgálati telefonszám: +36 40-203-776

Budapest, 2017. február

## A Gondoskodás Szolidáris Alap Csoportos Egészségbiztosítás szolgáltatási csomagja

(Az egyes szolgáltatásokról további információk a Gondoskodás Szolidáris Alap Csoportos Egészségbiztosítás feltételeiben található.)

Szolgáltatások megnevezése, tartalma	Szolgáltatások keretösszegei
<b>Telefonos ellátásszervezés:</b> előzetes időpont-egyeztetés munkaidőben, a szükséges egészségügyi szolgáltatások megszervezése 10 napon belüli időpontra	nincs limit
<b>Képzővizsgák diagnosztikai vizsgálatok:</b> a Biztosító megszervezi a szakorvos által javasolt MR, CT, PET-CT vizsgálatokat, és megtéríti azok költségét a limit erejéig	250 000 Ft/fő/év
<b>Egynapos sebészeti beavatkozások:</b> a Biztosító megszervezi a szakorvos által javasolt egynapos sebészeti beavatkozásokat, és megtéríti azok költségét a limit erejéig	300 000 Ft/fő/év
<b>Kiemelt kockázatú betegségek szolgáltatása:</b> a Biztosítási Feltételekben meghatározott <b>35 betegség</b> bekövetkezése esetén a Biztosító megszervezi a betegségekhez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokat, és megtéríti azok költségét a limit erejéig, a diagnózist követő 3 éven belül	600 000 Ft/fő/év

<sup>1</sup> A telefonos tájékoztató szolgáltatás NEM helyettesíti a beteg személyes orvosi vizsgálatát, és így utóbbi elmaradása esetén az ebből fakadó bármely következményért, illetve kárért az UNIQA Biztosító Zrt. semmilyen felelősséget nem vállal. A telefonos ellátásszervezés munkanapokon 08:00 és 20:00 között érhető el a következő telefonszámon: +36 1 461 1527.

Érvényes: 2017. április 1-től visszavonásig.

## A kiemelt kockázatú betegségekhez kapcsolódó biztosítási események meghatározása

A Gondoskodás Szolidáris Alap Csoportos egészségbiztosítás kizárólag a jelen Függelékben meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő betegségek bekövetkezésére nyújt fedezetet.

- Rosszindulatú daganatos betegség:** a szövettani atípiá jeleit mutató sejtek (rosszindulatú sejtek) kontrollálatlan szaporodása, melynek során a rosszindulatú sejtek a szövethatárokat áttörve terjeszkednek (invázió), és fennáll a rosszindulatú sejtek távoli szervekben való megtelepedésének, szaporodásának és a szervinváziójának lehetősége (metasztázis). Jelen kiegészítő feltételek szerint a rosszindulatú betegségek csoportjába a vérképző szövetek rosszindulatú daganatai (leukémiák), a retikuloendoteliális és nyirokrendszerből kiinduló daganatok (limfómák), a rosszindulatú plazmasejt-rendellenességek (plazmasejtes mieloma) is beletartoznak.

Jelen kiegészítő feltételek szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek:

  - a rákelőző (precarcinóma) állapotok,
  - a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
  - a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatait (melanoma malignum),
  - a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- Agyi érkatasztrófa:** az a koponyán belüli érben kialakuló kóros állapot (érfal-szakadás, teljes vagy részleges érelzáródás trombózis vagy embólia következtében), melynek folytán a központi idegrendszernek az ér által ellátott területei elhalása, infarktusa és maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.

– Az érkatasztrófa tényét, a maradandó neurológiai deficit tényét és a kettő közötti okozati összefüggés tényét a biztosító orvosa vagy az általa kijelölt konziliárius állapítja meg.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- A szívizomelhalás (szívinfarktus):** a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.

– Jelen kiegészítő feltételek szempontjából csak azok a kóros állapotok tekinthetők szívizomelhalásnak, ahol a sérült terület kiterjedése olyan mértékű, amely a szokásos EKG regisztrációs technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

– Jelen feltételek szempontjából nem minősül szívizomelhalásnak a korai beavatkozást követően vagy spontán Q-hullám nélkül gyógyuló betegség (non-Q infarktus).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művese-kezelés vagy veseátültetés nélkül az étellel nem összeegyeztethető, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.

A biztosítási esemény időpontja az első dialízistől számított 60. nap.
- Aorta műtét:** olyan mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája, szűkülete, elzáródása vagy disszekciója miatt történt. Az aorta a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.
- Cardiomyopathia:** a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás esetén írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 25%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos fizikális aktivitási korlátot jelent, mely megfelel a IV. stádiumú New York Heart-beosztásnak.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizomzat-károsodásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- Elsődleges kisvérköri hipertónia:** Az elsődleges pulmonáris hipertónia diagnózisának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.

– Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;

– Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat ( $RV1 + SV5 > 1.05 \text{ mV}$ );

– Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;

– Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat ( $d > 30 \text{ mm}$ ).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét:** nyitott mellkasban végzett olyan operáció, amely egy vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

9. **Szívbillentyű műtét:** nyitott mellkasi szívűműtét, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szív-érsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyűkárosodás miatt szükségessé váló műtétekre.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

10. **Alzheimer-kór:** a memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülése, melyet a standardizált kérdőívek, illetve agyi vizsgálatok igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát neurológus vagy pszichiáter szakorvos állítja fel, írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, ideg- rendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;

b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;

c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;

d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéne céljából;

e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

11. **Creutzfeldt-Jakob kór:** olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzőses megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

12. **Kóma:** olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel:

a) külső vagy belső ingerekre nem reagál és státusza a Glasgow Kóma Skála szerint nem haladja meg a 4-es értéket,

b) legalább 30 napon keresztül fennáll,

c) a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gyógyszer által kiváltott kómára, illetve alkohol vagy drog használatával kapcsolatban kialakult kómára, illetve tudatzavarra (túladozás, megvonás).

A biztosítási esemény időpontja a kóma első megállapításától számított 30. nap.

13. **Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás:** A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben a jelen pont második bekezdésében meghatározott feltétel fennáll, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muskuláris atrófia, progresszív bulbáris bénulás, amiotrófiás laterálszklerózis vagy primer laterálszklerózis. A kortikospinális pályák, vagy az elülső szarv sejtek, vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív károsodásának fennállása szükséges.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

14. **Paralízis:** Két vagy több végtag működőképességének teljes (100%-os) és végleges elvesztése baleset vagy betegség következtében, amennyiben sem akaratlagos, sem akaratától független mozgás nem észlelhető. A bénulásnak egyértelmű idegrendszeri okának kell lennie. Az ideggyógyász szakorvosnak írásban, szakorvosi leletbe foglalva nyilatkoznia kell arról, hogy a bénulás legalább 3 hónapja tart, végleges, javulásra nincs esély.

A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában végtagnak minősül:

a) A teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábizületeket.

b) A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézizületeket.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy oltási szövődeményként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.

A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.

15. **Parkinson kór:** egy progresszív neurológiai betegség, mely a motoros és nem motoros funkciók károsodását jelenti. Diagnózisát neurológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;

b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;

- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerekesszékbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiénié céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a Parkinson-szindrómára, drog vagy toxikus anyag okozta parkinsonizmusra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 16. Sclerosis multiplex:** a központi idegrendszer fehérállományának göcos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideg-gyulladás, érzékszavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki. A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az idegyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetzeti kép alapján írásban, szakorvosi leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium együttes meglétét igazolja:
- a) a mozgató és az érző idegek állandó funkcionális károsodását, mely folyamatosan legalább 6 hónapja tart, és
- b) az alábbi vizsgálatok támasztják alá: lumbálpunkció, látás, illetve hallás – egyensúly kóros elváltozásai és az MRI által igazolt központi idegrendszeri károsodások.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 17. Szervátültetés:** külső donortól származó vese, csontvelő, máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe.
- A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.
- 18. Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS):** olyan, egész szervezetet érintő kötőszöveti betegség, mely progresszív, átható (diffúz) kötőszöveti átépüléssel jár a bőrben, az érfalakban, és a zsigeri szervekben. A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. A diagnózis felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérlet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:
- a) Lokális scleroderma (morphea)
- b) Eosinophil fasciitis
- c) CREST-szindróma
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 19. Végállapotú májelégtelenség:** a májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünet együttes fennállását okozza:
- a) tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték  $> 200 \mu\text{mol/l}$  legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként),
- b) ascites (hasvízkór) 1000 ml felett,
- c) máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholiszmus mellett kialakuló májelégtelenségre. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 20. Végző stádiumú tüdőbetegség:** Végző stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség megállapításának feltételei a következők:
- a) FEV1  $< 60\%$  ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközökben mérve, minden alkalommal, és;
- b) folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
- c) az ütőérvérgáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és
- d) nyugalmi légszomj áll fenn.
- A végleges diagnózist tüdőgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 21. A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás):** a Poliomyelitis diagnózist az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.
- Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
- A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.
- A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.
- 22. Agyvelőgyulladás:** az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladást okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladásra.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 23. Aplasztikus anaemia:** egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent. A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva. Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 3 hónapja fennálló és legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőtől legalább kettő fennáll:
- a) Az abszolút fehérvérsejt szám kevesebb, mint  $500/\text{mm}^3$
- b) A vérlemezkék száma kevesebb, mint  $20000/\text{mm}^3$
- c) A reticulocyták száma kevesebb, mint  $20000/\text{mm}^3$
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időszakos vagy reverzibilis aplasztikus anaemiára.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 24. Bakteriális agyhártyagyulladás:** bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladást okozó folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincspinalis nyert gerincvelőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.



- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladásra. A biztosítási esemény időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.
25. **Harmadfokú égés:** A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás. A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testterképpel dokumentálva. A biztosítási esemény időpontja a harmadfokú égés bekövetkezésének időpontja.
26. **Heveny, súlyos májgyulladás:** A heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások is okozhatnak. Jelen Különös Feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása:
  - Hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2 > 1000 U/l),
  - Súlyos sárgaság (összbilirubin > 200 umol/l).
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májkárosodásra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
27. **Jóindulatú agydaganat:** az agyban található, életveszélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6 hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározás a következőket foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképtelenség, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A biztosítás nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agy alapi mirigy daganata. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
28. **Némaság:** a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A diagnózist neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva, igazolni a gégeműködés képtelenségét, valamint azt, hogy a beszédképesség elvesztése több mint 6 hónapja tart. A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra. A biztosítási esemény időpontja a némaság első diagnosztizálásának időpontja.
29. **Siketség:** mindkét oldali fül hallásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie, melyet az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alátámaszt. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában süketnek minősül az, akinek hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB felett van. A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre. A biztosítási esemény időpontja a siketség első diagnosztizálásának időpontja.
30. **Súlyos fejsérülés:** az olyan baleseti eredetű koponyasérülés, mely az agyi funkciók károsodásával jár. Ezt idegyógyász szakorvos állapítja meg írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melyet MRI- és/vagy CT-vizsgálatok eredményével támaszt alá. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos fejsérülésnek minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére. A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
  - a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
  - b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközait felcsatolja, illetve levegye;
  - c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
  - d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használatával a személyes higiéne céljából;
  - e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gerincvelő-sérülésre, illetve olyan agyi funkciózavarra, melyet nem baleset okozott. A biztosítási esemény időpontja a súlyos fejsérülés bekövetkezésének időpontja.
31. **Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség:** a Crohn-betegség a gyulladós bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos Crohn-betegségnek minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn-betegség, amely legalább két műtéti beavatkozást tesz szükségessé (a végbélsipoly műtétjének kivételével). A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét. A biztosítási esemény időpontja a második műtét végrehajtásának időpontja.
32. **Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa:** a colitis ulcerosa a gyulladós bélbetegségek egyik fajtája, ami az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél

nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladással jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos colitis ulcerosának minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt colitis ulcerosa, amely a vastagbél teljes vagy részleges műtéti eltávolításával jár (totalis vagy subtotalis colectomia).

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

**33. Szisztémás lupus erythematosus (SLE):** a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként erősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózisát reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:

- típusos bőrjelenségek (pillangószárny erythema, discoid bőrkiütés),
- sokizületi gyulladás,
- serositis,
- SLE által kiváltott vérképzőszervi és immunológiai kóros elváltozások,
- pozitív antinukleáris antitest kimutatása vérvizsgálat során,
- központi idegrendszeri károsodás,
- vesekárosodás.

A vesekárosodás megállapításának jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele a tartós fehérjevizelés fennállása napi 0,5 gramm feletti vizeletfehérje-ürítés esetén.

A központi idegrendszer tartós károsodása megállapításának jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele az idegrendszeri fizikális vizsgálat alapján, ideggyógyász szakorvos által írásban, szakorvosi lelet formájában igazolt objektív mozgató vagy érző idegkárosodás, mely legalább 3 hónapja fennáll. Görcsrohamok, fejfájások, kognitív (tudati) és pszichiátriai eltérések nem tekintendők a központi idegrendszer tartós károsodásának.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a discoid lupusra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

**34. Vakság:** mindkét szem látásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában vaknak minősül az, akinek

- látóélessége megfelelő korrekcióval mindkét szemén legfeljebb 5/70, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik,
- akinek közeli látásélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
- akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

A biztosítási esemény időpontja a vakság első diagnosztizálásának időpontja.

**35. Végtagelvesztés:** egy végtag végleges elvesztése, balesetből vagy betegségből kifolyólag, boka, illetve csukló feletti magasságban elszennvedve.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

