



# „Gondoskodás Plusz”

Az MKB-Pannónia Egészség- és Önszegélyező Pénztár csoportos betegségbiztosítás feltételei

# Az MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár

## „Gondoskodás Plusz”

### Csoportos betegségbiztosítás feltételei 001

Jelen feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban: **Biztosító** – a Gondoskodás Plusz csoportos betegségbiztosítási szerződéshez csatlakozott személyeire érvényesek.

Az itt nem szabályozott kérdésekben a Biztosító és a MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár (a továbbiakban: **Pénztár**) által egymással kötött „Gondoskodás Plusz” Csoportos Betegségbiztosítási Szerződés (továbbiakban: **Csoportos Betegségbiztosítási Szerződés**) és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

#### A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

#### A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a **Csoportos Betegségbiztosítási Szerződésben** és a **jelen biztosítási feltételekben** meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A **SZERZŐDŐ** a **Pénztár**, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését valamennyi Biztosítottra együttesen vállalja.
  - 2.1. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a Szerződő joga és kötelessége.
  - 2.2. A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **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 Biztosította(ka)t tájékoztatni.
  - 2.4. Jelen feltételek alkalmazásában **SZERZŐDŐ** az MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár (1056 Budapest, Váci út 38.), amely a Biztosítóval a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződést megkötö, az azzal kapcsolatos jognyilatkozatokat megteszi, és a biztosítás díját a Biztosító részére a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződésben rögzítettek szerint megfizeti.
3. A biztosítási szerződés **az alábbi Biztosítottakból álló csoportra** vonatkozik.
  - 3.1. Jelen feltételek alkalmazásában **Biztosítottnak** minősül a Pénztárral tagsági jogviszonyban álló személy (továbbiakban: **Pénztártag**), illetve a Pénztártag által megjelölt Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozója (házastárs, vér szerinti, örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek, továbbá ideértve az élettársat is, továbbiakban: **közeli hozzátartozó**) aki a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződéshez csatlakozott, és akit ennek alapján a Szerződő a Biztosítónak Biztosítottként bejelentett. Biztosított csak olyan személy lehet, akinek életkora a csatlakozáskor 16 és 65 év közötti. Az életkor számítása úgy történik, hogy a csatlakozás évéből ki

kell vonni a Biztosított születési évét. A Pénztártag és a közeli hozzátartozó kizárólag az alábbi feltételek teljesülése esetén válhat Biztosítottá:

- 3.1.1. a csatlakozni kívánó személynek fennáll a biztosított/társbiztosított jogviszonya az ún. Gondoskodás Szolidáris Alap nyújtására vonatkozó csoportos egészségbiztosítási szerződés alapján
  - 3.2. A Biztosított 65. életévének betöltését követő biztosítási évfordulóval a biztosított jogviszony jelen biztosítás vonatkozásában megszűnik.
  - 3.3. **Biztosított személy nem lehet az, aki** a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében betölti vagy korábban már betöltötte 65. életévét.
  - 3.4. Nem lehet Biztosított, akire vonatkozóan jelen feltételek alapján a Biztosító egyszer már vállalta a kockázatviselést, de az valamilyen okból megszűnt, kivéve amennyiben társbiztosított volt és a pénztártag halála miatt szűnt meg a biztosító kockázatviselése. Ebben az esetben a biztosító 30 nap türelmi időt ad, hogy a társbiztosított a pénztárba belépjen és saját jogán vagy más pénztártaghoz társbiztosítottként kapcsolódva váljék biztosítottá
  - 3.5. A Szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt a Biztosított nem léphet a Szerződő helyébe.
4. **KEDVEZMÉNYEZETT:** a Csoportos Betegségbiztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben azon Biztosított jogosult, akivel a biztosítási esemény megtörténik.

#### A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS MEGSZŰNÉSE

#### A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A szerződés a Biztosító és a Szerződő között létrejött Csoportos Betegségbiztosítási 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 Betegségbiztosítási Szerződésből alapján nyújtja.
7. A Csoportos Betegségbiztosítási Szerződés – amennyiben a Csoportos Betegségbiztosítási szerződésben rögzített csatlakozott taglétszám minimuma fennáll – 2018. március 1-től jön létre és legfeljebb addig az időtartamig szól, amíg az ún. „Gondoskodás Szolidáris Alap” csoportos betegségbiztosítási szerződés hatályban van, de legfeljebb 2020. december 31-ig szóló határozott időtartamra jött létre, amelyet Biztosító és Szerződő írásban meghosszabbíthat.
8. A szerződés **kezdeté** a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződésben ekként megjelölt nap.
9. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően minden évben a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződésben

ekként megjelölt hónap és nap. Az évfordulókhoz 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 Betegségbiztosítási 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 feltételekkel folytatódik a következő biztosítási időszakra vonatkozóan.

#### A SZERZŐDES HATÁLYBA LÉPÉSE

12. A biztosítás az azt követő hónap 1. napjának 0 órájától lép hatályba, amikor a Szerződő az **első díjat** a Biztosító számlájára 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 hatálybalépésével egyidejűleg kezdődik.

**ÚJ** (a szerződés kezdetét követően belépő) **Biztosítottokra** a Biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** az azt követő hónap első napján kezdődik, amikor a Szerződő a Biztosítottokra vonatkozó biztosítási díjat sikeresen zárolta és megfizette.

14. A kockázatviselési időtartam a Biztosított és a Biztosító viszonylatában azon időszak, amelyre vonatkozóan a Szerződő a Biztosítottokra vonatkozó csoportos betegségbiztosítás 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 kiegyenlítésre, 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 egészség számláján a biztosítási fedezet díját (elmaradt és esedékes havi díjait). Amennyiben ekkor az elmaradt és esedékes díj nem kerül rendezésre, úgy adott Biztosított vonatkozásában a **Biztosító kockázatviselése megszűnik, és a későbbiekben sem indítható újra, tehát ez a Biztosított a jövőben nem csatlakozhat.**

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 ki-

váltó ok a Föld bármely országában bekövetkezhet. A biztosítás a nap 24 órájára kiterjed. Jelen biztosítási szerződés keretében a Biztosító a **betegségbiztosítási szolgáltatásokat Magyarország területén nyújtja.**

17. A Pénztártag Csoportos Betegségbiztosítási Szerződéshez való csatlakozásáról a Pénztártag nyilatkozhat, a Pénztártag közeli hozzátartozójának csatlakozása esetén a Pénztártag és a csatlakozni kívánó közeli hozzátartozójának együttes nyilatkozata szükséges a csatlakozás írásban történik. A Biztosított biztosított jogviszonya kockázat elbírálás nélkül jön létre, azonban a Biztosító kizárólag a kockázatviselés kezdetét követően bekövetkezett betegségek esetén nyújt szolgáltatást figyelemmel a 33. 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 csatlakozási nyilatkozat kitöltésével (alíráásával), a Szerződőnek történő megküldésével és a Szerződő Biztosító részére megküldött adatszolgáltatásával jön létre. A biztosítási jogviszony létrejöttét – a Szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozó viszonylatában is – az Egészségpénztár a Pénztártag részére visszaigazolja.

20. A Csoportos Betegségbiztosítási Szerződéshez csatlakozott Pénztártagok és szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozók a csatlakozással (és/vagy az 55.4 pont értelmében a szolgáltatás igénybevételekor külön felhatalmazásban) 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 a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződésből történő kilépésükig kezeljék, illetve 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 Gondoskodás Plusz Csoportos Betegségbiztosítási szerződéshez a Pénztártag (és a közeli hozzátartozó) akkor csatlakozhat, ha rendelkezik az ún. „Gondoskodás Szolidáris Alap” csoportos betegségbiztosítási szerződési fedezettel. Egy Pénztártag akkor is csatlakoztathatja közeli hozzátartozóját, ha saját maga nem csatlakozik a Gondoskodás Plusz Csoportos Betegségbiztosítási szerződéshez.

#### A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

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

22.1. ha a Biztosító – akár a határozott időtartam alatt, akár a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződés határozatlan időtartamúvá válását követően – a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal a felmondási szándékát a Szerződőnek írásban bejelenti, a biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével, a Szerződőt ezen

felmondási jog kizárólag a Csoportos Betegségbiztosítási Szerződés határozatlan időtartamúvá válását követően illeti meg;

- 22.2. amennyiben a csatlakozott taglétszám a Csoportos Betegségbiztosítási szerződésben rögzített minimum alá csökken, úgy a Biztosító jogosult a Csoportos Betegségbiztosítási szerződés egyoldalú, írásbeli nyilatkozattal történő, biztosítási évfordulóra történő felmondására;
- 22.3. a Szerződő díjnemfizetése esetén;
- 22.4. 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;
- 22.5. a Biztosító és a Szerződő eltérő rendelkezése hiányában a határozott időtartam végével;
- 22.6. az ún. „Gondoskodás Szolidáris Alap” csoportos betegségbiztosítási szerződés megszűnésekor annak megszűnésének napján.
23. **Valamely Biztosítottra** (mind a Pénztártagokra, mind a csatlakoztatott közeli hozzátartozókra) **vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:
- 23.1. díjfizetés elmaradása esetén, a 15. pontokban meghatározottak figyelembe vételével;
- 23.2. a csatlakozás megszűnése történhet a Pénztártag ún. lemondó nyilatkozatával, vagy a Pénztártag tagsági jogviszonya megszűnésével.
- 23.3. a Biztosított 65. életéve betöltését követő biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- 23.4. a Biztosított halálának időpontjával;
- 23.5. a mennyiben az adott Biztosítottra vonatkozó ún. „Gondoskodás Szolidáris Alap” csoportos betegségbiztosítási szerződés kockázatviselése megszűnik.
24. **Valamely Biztosított Pénztártagra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:
- 24.1. a Biztosított pénztári tagsági jogviszonyának megszűnése esetén a tagsági jogviszony megszűnése hónapjának utolsó napjával;
- 24.2. 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 lemondó nyilatkozatot írásban a Pénztár címére (cím MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár 1821 Budapest), emailben az [ugyfel@mkbep.hu](mailto:ugyfel@mkbep.hu) címre, faxon a +36 1 268-7614es faxszámra kell megküldeni. A biztosítási fedezet (a Biztosító kockázatviselése) a fentiek szerinti időpontban szűnik meg.
25. **Valamely Biztosított közeli hozzátartozóra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:
- 25.1. a Pénztártag pénztári tagsági jogviszonyának megszűnése esetén a Biztosított közeli hozzátartozóra vonatkozóan a pénztári tagsági jogviszony megszűnése hónapjának utolsó napjával;
- 25.2. a Pénztártag halála esetén a Biztosított közeli hozzátartozóra vonatkozóan a Pénztártag halálának napjával.
- 25.3. A Pénztártag Öpt. szerinti közeli hozzátartozójának csatlakozása a Pénztártag lemondó nyilatkozatával

szűnik meg oly módon, hogy 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 lemondó nyilatkozatot írásban a Pénztár címére (cím MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár 1821 Budapest), emailben az [ugyfel@mkbep.hu](mailto:ugyfel@mkbep.hu) címre, faxon a +36 1 268-7614es faxszámra kell megküldeni. A biztosítási fedezet (a Biztosító kockázatviselése) a fentiek szerinti időpontban szűnik meg.

26. Amennyiben valamely Biztosítottra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése megszűnt, rá vonatkozóan a Biztosító a Csoportos Betegségbiztosítási szerződés és jelen szerződési feltételek szerint a kockázatviselést a későbbiekben díjfizetés illetve külön kérés esetén sem vállalja.

## KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

27. 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

28. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a jelen szerződési feltételekben ekként meghatározott esemény.
29. **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.
- 29.1. 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.
30. A **SZOLGÁLTATÁS ÖSSZETÉTELÉT** az 1. számú Függelék tartalmazza. A szolgáltatás összege, összetétele a szerződés tartamán belül a feltételekben szabályozott esetekben és módon változhat.
31. **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.
32. **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.
33. **ELŐZMÉNY NÉLKÜLI BETEGSÉGNEK** minősül az a betegség, amely nem áll okozati összefüggésben a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel, tünettől vagy balesettel vagy megállapított maradandó egészségkárosodással.

- A Biztosítottak 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 kockázatbírálás során, vagy más – bizonyítható módon – tudomást szerzett, és a Biztosító nem zárta ki kockázatviselési köréből az ezekkel összefüggő szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot.
34. **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 geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.
35. **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.
36. **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.
37. **ELLÁTÁSSZERVEZŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ (TOVÁBBIAKBAN EESZ):** az a szervezet, amely a Biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátásszervezési tevékenységet (38. pont) a Biztosítottak tekintetében elvégezze.
38. **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.
39. **(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.
40. **SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
41. **JÁRÓBETEG GYÓGYKEZELÉSNEK** minősül jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, orvosilag indokolt, egészségügyi ellátás keretében igénybe vett kezelés, ami nem jár kórházi fekvőbeteg-gyógykezeléssel és nem minősül egynapos sebészetnek.
42. **JÁRÓBETEG-ELLÁTÁSNAK** minősül a jelen biztosítási feltételek értelmében a 2. számú mellékletben felsorolt orvos-szakmák által nyújtott szakorvosi ellátás keretében végzett vizsgálatok, ellenőrző vizsgálatok, jogszabályban ekként definiált kisműtétek, kezelések.
43. **LABORVIZSGÁLATOKNAK** minősül a jelen biztosítási feltételek értelmében a 3. számú mellékletben felsorolt laborvizsgálatok.
44. **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOKNAK** minősül a jelen biztosítási feltételek értelmében a 3. számú mellékletben felsorolt diagnosztikai vizsgálatok.
45. **AMBULANS MŰTET:** 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.
46. **NEMZETKÖZI MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY:** súlyos betegségre vonatkozó, magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, nemzetközileg elismert, külföldi szakorvos által készített orvosi távszakvélemény elkészítése. A szakvélemény célja, hogy a Biztosított betegségének gyógyítását támogassa.

## BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK

47. **JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, a Biztosítottak a kockázatviselési tartamon belül baleset, betegség vagy sérülés következtében váratlanul szükségessé váló orvosilag indokolt egészségügyi ellátása.
48. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a járóbeteg-ellátás igénybe vételének napja.
49. **LABORVIZSGÁLATOK:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, ha a kockázatviselési tartamon belül a Biztosítottat kezelő szakorvos a Biztosított egészségi állapotával összefüggésben és orvosilag megalapozott módon a Biztosított számára laborvizsgálatot ír elő.

50. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvosi javaslat kiállításának dátuma.
51. **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, ha a kockázatviselési tartamon belül a Biztosítottat kezelő szakorvos a Biztosított egészségi állapotával összefüggésben és orvosilag megalapozott módon a Biztosított számára szakorvosi javaslat alapján diagnosztikai vizsgálatot ír elő.
- 51.1. Nem tartoznak a biztosítási események közé a szűrési célú vizsgálatok.
52. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvosi javaslat kiállításának dátuma.
53. **NEMZETKÖZI MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, a Biztosított saját, a Biztosító kockázatviselése kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége, mellyel kapcsolatban nemzetközi második orvosi szakvélemény felállítását igényeli.
54. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakvélemény iránti igény benyújtásának dátuma.

#### A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAI

55. **JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS:** a kockázatviselés tartama alatt, a 42. pont és a 2. számú Melléklet szerinti szolgáltatás. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatóknak a járóbeteg-ellátás szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit.
- 55.1. A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.
- 55.2. A járóbeteg-ellátás igénybevételéhez orvosi beutaló nem szükséges, azonban a Szemészet, Bőrgyógyászat, Belgyógyászat, Fül-orr-gégészet, Sebészet, Nőgyógyászat kivételével a Biztosító vagy az Ellátásszervezője előzetes orvosi vizsgálatot írhat elő (és biztosít) a vizsgálat indokoltságának megítélésére.
- 55.3. Az EESZ a biztosítási esemény 59. pont szerinti bejelentését követően az 59.2. – 59.3. pontban megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a Biztosított járóbeteg-vizsgálatához.
- 55.4. A járóbeteg-ellátás helyszíne az Egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembe vételével.
- 55.5. A járóbeteg-ellátás eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott módon.
- 55.6. 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 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

- 55.7. Egy adott vizsgálat másodszori lemondása esetén a Biztosító nem köteles a Biztosított részére újabb vizsgálati időpontot biztosítani, és 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.
- 55.8. Több járóbeteg-ellátás egyidejű bejelentése esetén az EESZ határozza meg a vizsgálatok sorrendjét.
- 55.9. A Biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.
- 55.10. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.
56. **LABORVIZSGÁLATOK:** a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a 43. pont és a 3. számú Melléklet szerinti szolgáltatás. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatóknak a laborvizsgálatok szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit.
- 56.1. A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.
- 56.2. Az EESZ a biztosítási esemény 59. pont szerinti bejelentését követően az 59.2. – 59.3. pontban megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a Biztosított laborvizsgálatához.
- 56.3. A laborvizsgálat helyszíne az Egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembe vételével.
- 56.4. A laborvizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott módon.
- 56.5. 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 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.
- 56.6. 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.
- 56.7. Több laborvizsgálat egyidejű bejelentése esetén az EESZ az orvosi beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.
- 56.8. A Biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.
- 56.9. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.
57. **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a 44. pont szerinti szolgáltatás. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatóknak a diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás keretében

ben megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú függelékében meghatározott **éves forint-limit erejéig**.

- 57.1. A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.
- 57.2. Az EESZ a biztosítási esemény 59. pont szerinti bejelentését követően az 59.2. – 59.3. pontban megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a Biztosított diagnosztikai vizsgálatához.
- 57.3. A diagnosztikai vizsgálat helyszíne az Egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembe vételével.
- 57.4. A diagnosztikai vizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott módon.
- 57.5. Az aktuálisan elérhető szolgáltatási keretösszeg egyenlegét az EESZ tartja nyilván, és a Biztosított kérésére erről tájékoztatást nyújt.
- 57.6. A képpalkotó 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 igénybevételét követően. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az EESZ ad tájékoztatást.
- 57.7. 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.
- 57.8. 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 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.
- 57.9. 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.
- 57.10. Több diagnosztikai vizsgálat egyidejű bejelentése esetén az EESZ az orvosi beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.
- 57.11. A Biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.
- 57.12. Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

**58. NEMZETKÖZI MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY SZOLGÁLTATÁS:** a kockázatviselés tartama alatt, az EESZ-en keresztül igénybe vett 46. pont szerinti szolgáltatás.

- 58.1. A második orvosi vélemény szolgáltatást EESZ az alábbi betegségek esetén biztosítja:
  - 58.1.1. Az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés
  - 58.1.2. Szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképek
  - 58.1.3. Szervátültetések
  - 58.1.4. Neurológiai és idegsebészeti betegségek
  - 58.1.5. Az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex
  - 58.1.6. A veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok
  - 58.1.7. Az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.
  - 58.1.8. A felsoroltakon kívüli betegségek, állapotok esetén EESZ a második orvosi vélemény biztosítása tekintetében mérlegelési jogkörrel rendelkezik. A második orvosi vélemény örökletes vagy vele született betegségek illetve rendelkezések esetén nem vehető igénybe.
- 58.2. A nemzetközi második orvosi vélemény szolgáltatás működése:
  - 58.2.1. Biztosított az EESZ-nél bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
  - 58.2.2. EESZ ellenőrzi, hogy a kérelmező a szolgáltatás igénybe vételére jogosult-e.
  - 58.2.3. EESZ jogi nyilatkozatot és a szolgáltatás igényléséhez szükséges adatlapot küld a Biztosítottnak.
  - 58.2.4. Biztosított az adatlap kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek EESZ részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét.
  - 58.2.5. EESZ a szolgáltatás iránti igényt orvos-szakmai szempontok alapján elbírálja
  - 58.2.6. EESZ a kiválasztott nemzetközi szakorvostól/októl beszerzi a második orvosi véleményt,
  - 58.2.7. EESZ a Biztosítottal egyeztetett módon, de mindenképpen írásban (email, telefax, nyomtatott formában postai küldeményként) megküldi a Biztosított részére a szakvéleményt.
  - 58.2.8. EESZ ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további konzultációt biztosít a Biztosított számára.
- 58.3. A nemzetközi második orvosi vélemény szolgáltatás feltételei:
  - 58.3.1. A második orvosi véleményt minden esetben a Biztosított kezelőorvosai által készített leletek és a már felállított diagnózis alapján készül, a Biztosított személyes kivizsgálására a szolgáltatás keretei között nincs lehetőség.
  - 58.3.2. Biztosított csak akkor jogosult a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.

- 58.3.3. A második orvosi vélemény igénylésekor a kérelemhez az Ügyfélnek csatolnia kell az esetről készült orvosi / kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetszövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell a EESZ által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket. A Biztosított kérésére és felhatalmazásával EESZ kapcsolatba léphet a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.
- 58.3.4. A második orvosi vélemény iránti kérelem benyújtása magyar nyelven történik. A kérelem megválaszolása magyarul és angolul történik. A magyar és angol szöveg közti eltérés esetén az angol nyelvű szöveg az irányadó.
- 58.3.5. EESZ által nyújtott második orvosi vélemény a benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.
- 58.3.6. Biztosított által kapott második orvosi véleményt nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
- 58.3.7. EESZ nem vállal semmilyen felelősséget a nyújtott információ helytelen értelmezéséért vagy felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként, jogi eljárásban történő felhasználáshoz EESZ nem járul hozzá.
- 58.3.8. A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 20 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet EESZ rendelkezésére áll.
- 58.3.9. Az EESZ, a Biztosító a biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdetétől számított három (3) hónapon belül kizárólag baleset esetén nyújt szolgáltatást.
- 58.3.10. Biztosított a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség kapcsán a külföldi gyógykezelése megszervezését is kérheti, mely kapcsán az Ellátásszervező az alábbi szolgáltatásokat nyújtja: a megfelelő kórház kiválasztása és javaslattevés Biztosított részére; árajánlat beszerzése a javasolt kórháztól; a kórházi kezelés időpontjának egyeztetése.

## 59. A szolgáltatási igény elfogadásának feltételei

- 59.1. A biztosítási esemény bejelentését az EESZ telefonos elérhetőségén keresztül kell megtenni.
- 59.2. A szolgáltatás igénylésekor a Biztosítottnak az alábbi dokumentumokat kell email-en, faxon vagy postai úton eljuttatnia az EESZ-nek:
- laborvizsgálatra, diagnosztikai vizsgálatra, egészségügyi ellátásra szóló beutaló, vagy szakorvosi javaslat,
  - releváns szakorvosi ellátásról szóló dokumentáció, amely igazolja, hogy a Biztosított az egészségi állapotával kapcsolatban szakorvosi ellátást vett igénybe,

– vonatkozó egyéb orvosi dokumentumok (pl.: kórházi zárójelentések, ambuláns lapok stb.).

- 59.3. Az EESZ az elbírálási folyamat során az 59.2. 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 laborvizsgálata, 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.
- 59.4. 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 szervet 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 EESZ, a Keretszerződés teljesítésében közreműködő ellátásszervezőnek (37-38. pontok) kérésére, átadják. A fenti felhatalmazások hiányában a Biztosított nem jogosult a Biztosító szolgáltatásainak igénybevitelére.

## A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

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

## A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

61. 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 (65. pont) módosítani nem kell.
62. A biztosítás **FOLYAMATOS (rendszeres)** díjfizetésű.
63. A **folyamatos díjfizetésű** biztosítás **folytatólagos díjai** a biztosítási időszakok első napján **előre esedékesek**.
64. 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

65. 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

66. A Biztosító a biztosítási időszak kezdetével jogosult a biztosítási díjat a nyújtott szolgáltatások piaci árainak változása,



továbbá a biztosítási események kockázatközösségen mért gyakorisága miatti felülvizsgálatára, és biztosításmatematikai alapon új díjtétel megállapítására.

67. Amennyiben a biztosítás kockázati viszonyai megváltoznak – így többek között az átlagosan várható élettartam, a szolgáltatások igénybevétele 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.

68. A Szerződőnek jogában áll az emelést a módosított díj érvénybe lépését megelőző 30. napig írásban visszautasítania. Amennyiben a Szerződő visszautasítja a díjmódosítást, úgy a biztosítási szerződés a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző napon megszűnik.

## MARADÉKJOGOK

69. 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

70. 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

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

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

73. 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.

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

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

## A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

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

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

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

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

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

77. 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.

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

79. 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 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 összességét bizonyítják.

A felsoroltakon kívül a Biztosítottnak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

80. 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

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

82. 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

83. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (70. pont) nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.

84. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése és egyéb esetleges szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg, ha a betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a Biztosított, vagy a kedvezményezett, **szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.**

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

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

85. A Biztosító mentesül továbbá a szolgáltatás teljesítése alól, – az 55.6–55.7 az 56.5–56.6 és az 57.8.–57.9. 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.

86. A Biztosító **mentesülése esetén** a Szerződőt, a Biztosítottat a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg.**

### KIZÁRÁSOK

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

- HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);
- radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- öröklött és veleszületett rendellenességgel;
- sürgősségi ellátással;
- geriátriai, hospice, pszichológiai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkkel;
- művesekezeléssel, krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával (különösen: gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra), kezelésével (ide értve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását, a betegség kezelése részeként elrendelt gyógyszerek felírását;
- bentalvások alvásvizsgálattal (somnia, polysonnographia);

87.8. nem-konvencionális eljárásokkal, alternatív gyógyászattal, akupunktúrával, természetgyógyászati kezeléssel;

87.9. nem baleseti vagy nem betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;

87.10. a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;

87.11. a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely tünettel, függetlenül attól, hogy vizsgálták vagy kezelték volna, illetve a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;

87.12. olyan szubjektív panaszokra 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;

87.13. a nem megváltoztatásával;

87.14. 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);

87.15. fogászati kezelésekkkel, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják;

87.16. gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokkal (kivéve, ha a kezelés, illetve beavatkozás igénybevételére a szerződés kockázatviselési körébe tartozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan volt szükség);

87.17. a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;

87.18. a Biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;

87.19. különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, búvárkodás, 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;

87.20. repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;

87.21. háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;

87.22. alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással vagy szolgáltatással, és elvonókúrákkal;

87.23. orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel;

- 87.24. a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel;
- 87.25. a Biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást);
- 87.26. járóbeteg-ellátás keretében beadott védőoltás vakcinájának beszerzése és költségtérítése;
- 87.27. az alábbi fertőző betegségekkel: TBC, tetanusz, veszettség, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek (többek között malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz), SARS, ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés, mely ellen a betegség diagnosztizálását megelőző 30. napon még nem rendelkeztek Magyarországon hatékony védőoltással, antibiotikummal vagy más gyógyszerrel;
- 87.28. reumatológiai kezelésekkkel, kivéve, ha az akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak;
- 87.29. a Biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményekkel;
- 87.30. szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezésekkel, sérülésekkel; ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
- 87.31. a Biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményekkel.

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

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

## VEGYES RENDELKEZÉSEK

### AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

89. 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 biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani és a titoktartási kötelezettséget alkalmazottai, EESZ-ai 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, EESZ-ak 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 jogai-

nak 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.

90. 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.

91. 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 eljáró 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 felügyeleti 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.

92. A Csoportos biztosítási szerződés aláírásával a Szerződő és a csatlakozási nyilatkozat aláírásával a Biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a Biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.

93. 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

94. A tényleges egészségügyi ellátást a 36. 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 vizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

## PANASZOK BEJELENTÉSE

95. 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 Ügyfélszolgálatán (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 címzettként 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@mnbb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnbb.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@mnbb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnbb.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. alkalmazásában **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/képviselőként 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.**

96. 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 kötött 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 működéssel 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@mnb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnb.hu), internetes oldal: [www.mnb.hu/bekeltetes](http://www.mnb.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)

97. 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.mnb.hu/felugyelet](http://www.mnb.hu/felugyelet)

Ügyfélszolgálati telefonszám: +36 40-203-776

## A Gondoskodás Plusz Csoportos Betegségbiztosítás szolgáltatási csomagja

(Az egyes szolgáltatásokról további információk a Gondoskodás Plusz Csoportos Betegségbiztosítás feltételeiben található.)

	Gondoskodás Plusz csomag
24 órás forródrót <sup>1</sup>	✓
Nemzetközi második orvosi szakvélemény	✓
Járóbeteg-ellátás	✓
Laborvizsgálatok	✓
Diagnosztikai ellátások	éves limit: 250 000 Ft

<sup>1</sup> A 24 órás forródrót 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: A Gondoskodás Plusz Csoportos Betegségbiztosítási szerződés hatálybalépésétől visszavonásig.

## Járóbeteg-ellátást nyújtó orvos-szakmák

A Gondoskodás Plusz Csoportos betegségbiztosítás kizárólag a jelen Függelékben meghatározott orvos-szakmák járóbeteg-ellátásaira terjed ki.

Orvos-szakmák
Allergológia
Angiológia
Baleseti sebészet
Belgyógyászat
Bőrgyógyászat
Diabetológia
Endokrinológia
Érsebészet
Fül-orr-gégészet
Gasztroenterológia
Hematológia
Idegsebészet
Infektológia
Kardiológia
Kézsebészet
Nefrológia
Neurológia
Onkológia
Ortopédia
Patológia
Reumatológia
Sebészet
Szemészet
Nőgyógyászat
Tüdőgyógyászat
Urológia

## Labor és diagnosztikai vizsgálatok listája

A Gondoskodás Plusz Csoportos betegségbiztosítás kizárólag a jelen Függelékben meghatározott laborvizsgálatokra és diagnosztikai vizsgálatokra nyújt fedezetet.

Labor és diagnosztikai vizsgálatok
Vérvizsgálat (vérkép, vörösvérsejt-süllyedés (We), vércukor, koleszterin/összkoleszterin, HDL, LDL/, triglicerid, véralvadás-vizsgálat, TSH, FT3, FT4, PSA, hgA1c, INR, húgysav, CK, ionok, crp)
Teljes vizeletvizsgálat
Széketvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, széklet immun vérteszt
Fertőzésvizsgálat
Terhesség megállapítása
Hematológia
Szerológia – immunológiai vizsgálat (immunológus által előírt)
PCR
Hormonvizsgálat
Tumor- és rákmarkerek
Toxikológiai vizsgálatok
Genetikai vizsgálatok
Biopszia
Endoszkópia (altatás nélkül)
H2 kilégzés teszt
Ureáz teszt
Mammográfia
Izotóp vizsgálatok
Ultrahang
Standard röntgen vizsgálatok
ABPM
Arteriográf
Csontsűrűség vizsgálat
EKG (12 elvezetéses)
Holter Monitorozás
Terheléses EKG
Patológia
Epicutan allergia teszt
Dermatoszkópos vizsgálat
Audiológiai vizsgálat
Hüvelycitológia
Szcintigráfia
Spirometria
Kontrasztanyag Röntgen vizsgálatok
Neurológiai elektrofiziológiai vizsgálatok



