

1. A feltételek érvényessége Jelen feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: biztosító) PrivateMed egészségbiztosítási szerződéseire érvényesek. 2. Fogalmak 1. Alapellátás: a beteg lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a beteg választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (házi orvosi szolgáltatás). 2. Általános járóbeteg-szakellátás: a beteg folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás. 3. Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést. 4. Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató: bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt. 5. Beavatkozás: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő. 6. Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak. 7. Biztosított: az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. 8. Csoportos biztosítás: olyan személyekre jön létre, akik valamilyen ismérv alapján egy csoportba sorolhatók – ide nem értve a 14. pont szerinti családot. 9. Egészségügyi dokumentáció: A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. a) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni: – a beteg személyazonosító adatait, – cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét, – a kórelőzményt, a kórtörténetet, – az első vizsgálat eredményét, – a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját, – az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődéseket, – egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését, – az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét, – a gyógyszeres és a konzílium során keletkezett iratokat, – a beteg gyógyszer-tulérzékenységére vonatkozó adatokat, – a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját, – a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését, – a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját, – minden olyan egyéb adatot és tény, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet. b) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni: – az egyes vizsgálatokról készült leleteket, – a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat, – az ápolási dokumentációt, – a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint – a beteg testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit. Több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárájelentést) kell készíteni, és azt a betegnek át kell adni. 10. Egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység: az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen a) a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak, b) a keresőképességnek, c) a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése. 11. Egészségügyi ellátás: a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége. 12. Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi hatóság által kiadott mű-	kódási engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerrel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet. 13. Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. 14. Egyéni, illetve családi biztosítás: az a biztosítási szerződés, amely egy biztosítottra vagy a Ptk. 685. § b) pontja alapján meghatározott közeli hozzátartozók együttes biztosítókörébe (családi biztosítás) jött létre. 15. Egynapos sebészet: olyan tervezett beavatkozás, kisebb műtét, melyet jogszabály alapján bizonyos járóbeteg-ellátást illetve fekvőbeteg-ellátást végző intézmények végezhetnek, és amelynél – probléma nélküli esetben – a beavatkozás utáni elbocsátási idő egyetlen nap is lehet. 16. Ellátásszervező: az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy az egészségügyi szolgáltatókkal szerződést kössön, és a biztosítottak által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat megszervezze, a szolgáltatást lebonyolítsa a biztosítottak számára. 17. Éves szolgáltatási limit: a biztosító a PrivateMed biztosítási szerződés szolgáltatásaira éves szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek nyomtatvány és a biztosítási kötvény tartalmazza. 18. Gyógyászati segédeszköz: azok a technikai eszközök, amelyek az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékkal vagy rokkantsággal élők gyógyászati, ápolási ellátásában használnak, és amelyek alkalmasak arra, hogy a szükséges mértékben elősegítsék az ezen állapotban lévők mindennapi életvitelét. 19. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóknak a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, geriatrai intézetek, szociális otthonok, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai. 20. Kezelőorvos: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak. 21. Kockázatalbírálás: a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja. 22. Költségtérítés: a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése a szerződésben meghatározott mértékig. 23. Speciális járóbeteg-szakellátás: olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel. 24. Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. 25. Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése. 26. Várakozási idő: a kockázatviselés kezdetének szerződéses elhalasztását jelenti. Az egyes kockázatokra vonatkozó várakozási időt a Különös Biztosítási Feltételek tartalmazzák. Ha a szerződésben a felek várakozási időt kötöttek ki, és a biztosítási esemény a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott okból és az ott meghatározott időtartam alatt következik be, akkor a biztosító teljesítése részleges, és akkor áll be, ha a biztosítási esemény baleset miatt vagy balesettel okozati összefüggésben következett be. 27. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása. 3. A biztosítási szerződés alanyai 3.1. Biztosító A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási ajánlat elfogadása után a kockázatot viseli és a szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal. Jelen szerződés vonatkozásában az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt., székhelye: 1082 Budapest, Baross u. 1.
--	---

3.2. Szerződő A szerződő az a természetes vagy jogi személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetésére kötelezettséget vállal. 3.3. Biztosított Az a természetes személy, akinek az egészségi állapotával, testi épségével kapcsolatos biztosítási eseményre a szerződés létrejön. A biztosított életkora a szerződés létrejöttkor 6 hónap és 59 év között lehet; a szerződés lejáratokor legfeljebb 65 éves lehet. Jelen szerződés alapján biztosított lehet: – a Magyar Köztársaság területén élő magyar állampolgárok, – bevándorolt, – letelepedési engedéllyel rendelkező (letelepedett). – EGT állampolgárok (EGT tagállam állampolgárai), amennyiben rendelkeznek EGT tartózkodási engedéllyel, regisztrációs igazolással, – EGT állampolgárokat kísérő vagy eltartott családtagok (amennyiben rendelkeznek a magyar idegenrendészeti hatóság által kiadott tartózkodási kártyával regisztrációs igazolással). 3.4. Együttbiztosítottak családi biztosítás esetén A biztosítottal egy háztartásban élő azon, a Ptk. 685. § b) pontjában felsorolt közeli hozzátartozók, valamint az élettárs gyermekei, akik a szerződés létrejöttkor 6 hónap és 59 év közöttiek és a szerződés lejáratokor legfeljebb 65 évesek. Az együttbiztosítottak száma legfeljebb 5 fő lehet. 3.5. Kedvezményezett A biztosítási szerződésben megjelölt szolgáltatások igénybevételére jogosult személy. 4. A biztosítási szerződés létrejötte 4.1. A biztosítás a szerződő által a biztosító nyomtatványán előterjesztett ajánlat alapján jön létre. 4.2. A biztosító jogosult az ajánlattételkor a biztosítás első díjának beszedésére, amelyet kamatmentes előlegként kezel. Ha a szerződés létrejön, a biztosító az előleget a biztosítási díjba beszámítja. 4.3. A biztosító az ajánlat elfogadása előtt kockázatfelbírálást végez, melyhez a biztosított egészségi nyilatkozatát és orvosi vizsgálatát és egyéb nyilatkozatát kérheti. A biztosító jogosult ezen adatokat ellenőrizni. 4.4. A kockázatfelbírálás eredményeként a biztosító az ajánlatot elfogadja vagy módosító javaslatot tesz arra vagy elutasítja. A biztosító döntését nem köteles megindokolni. 4.5. Amennyiben a biztosító az ajánlatot elfogadja, és a szerződés létrejön, a biztosító erről kötvényt állít ki. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlattételre 15 napon belül nem nyilatkozik. Ilyen esetben a szerződés az ajánlatnak a biztosító vagy képviselője részére történt átadás időpontjára visszamenő hatállyal jön létre. 5. A biztosítási szerződés hatályba lépése, a kockázatviselés kezdete, a várakozási idő 5.1. A biztosítás technikai kezdete és a díjfizetés kezdete az azt követő hónapnak az első napja, amikor a szerződő a biztosítási ajánlatot aláírja. A szerződő és a biztosított írásos megállapodással ettől eltérhet. Ez a nap a biztosítás évfordulójának napja is. 5.2. A szerződés az azt követő nap 0 órakor lép hatályba, amikor a szerződő fél az első díjat a biztosító számlájára befizeti. 5.3. A szerződés hatályba lépése nem lehet korábbi, mint a biztosítás technikai kezdete. 5.4. A biztosító kockázatviselésének kezdete nem lehet korábbi, mint a biztosítás hatálybalépése. 5.5. A biztosító a szerződésben várakozási időt köt ki. A várakozási idő tartama a Különös Biztosítási Feltételekben kerül meghatározásra. A várakozási idő alatt a biztosító kockázatvállalása részleges, kizárólag a balesetekre, illetve a balesetekkel kapcsolatos biztosítási eseményekre terjed ki. 6. A szerződés megszűnésének esetei: A szerződés megszűnik egy biztosítottra vonatkozóan az alábbi esetekben: 6.1. a biztosított halála esetén, 6.2. a szerződés lejáratokor, 6.3. díjnemfizetés miatt az első elmaradt díj esedékességét követő 30. napon, felmondással: a biztosítás írásban legkésőbb 30 nappal a biztosítási évforduló előtt, biztosítási évfordulóra bármelyik fél részéről felmondható a szerződésben meghatározott tartam eltelte előtt. 7. A biztosítás területi és időbeli hatálya 7.1. A biztosítás kizárólag a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményre terjed ki, kivéve, ha a Különös Biztosítási Feltételek másként nem rendelkeznek. 7.2. A szerződés határozott, a biztosítási szerződésben megjelölt tartamra jön létre. 7.3. A biztosítási időszak egy év. 7.4. A biztosítás tartama egyéni és családi biztosítás esetén 6 vagy 9 év, csoportos biztosítás esetén 1 év. 8. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei 8.1. A szerződő és a biztosított a szerződés létrejöttkor köteles a kockázat elvállalása szempontjából minden lényeges körülményt közölni a	biztosítóval, illetve a biztosítás tartama alatt a szerződésben meghatározott lényeges körülmények tekintetében változás-bejelentési kötelezettséggel tartozik, melyet írásban kell a biztosítóhoz bejelenteni. Ez a közlési kötelezettség. 8.2. A biztosító jogosult a közölt adatok ellenőrzésére, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére további kérdéseket tehet fel, valamint orvosi vizsgálatot írhat elő. 8.3. Amennyiben a biztosítottnak a szerződéskötés idején fennálló tényleges egészségi állapota, életviteli szokásai nem felelnek meg a kockázat-elbírálás során tett egészségi nyilatkozatában foglaltaknak, úgy a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig öt év már eltelt. 8.4. Amennyiben a szerződő és a biztosított különböző személy, a biztosítási szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. 8.5. Egyéni biztosítás esetén a biztosított – amennyiben nem egyezik meg a szerződő személyével –, mielőtt a szerződés felmondása vagy a díjfizetés elmaradása miatt megszűnik, a biztosítóval közölt nyilatkozatával a szerződő helyébe léphet. Ilyen esetekben a folyó biztosítási időszakban esedékes díjért a biztosított a szerződővel egyetemlegesen felelős. 8.6. A biztosító kockázatfelbírálási és kárrendezési szerveivel szemben a biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel. 8.7. A biztosítási szerződés megkötését követően a biztosító a szerződés létrejöttétől számított 30 napon belül a kötelezettségvállalás tagállamának hivatalos nyelvén köteles a szerződőt tájékoztatni a biztosítási szerződés létrejöttéről. 8.8. A szerződő a fenti tájékoztatás kézhezvételétől számított 15 napon belül a biztosítási szerződést írásbeli nyilatkozattal felmondhatja. 8.9. A szerződő felmondó nyilatkozatának kézhezvételét követően a biztosító köteles 15 napon belül a szerződő által a biztosítási szerződéssel kapcsolatban bármely jogcímen részére teljesített befizetésekkel elszámolni. 9. Szolgáltatási limit A biztosítási szerződés alapján a biztosító a szerződésben meghatározott kockázatokra éves, illetve napi szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a Szolgáltatási limitek és a biztosítási kötvény tartalmazza. A szolgáltatási limit a díjigazításban leírtaknak megfelelően minden biztosítási évfordulón változik (ld. 13. pont). 10. A biztosítási díj 10.1. A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke. 10.2. A biztosítási díj kiszámítása a biztosított életkorának, egészségi állapotának, a szolgáltatás jellegének, illetve a biztosítási összegnek a figyelembevételével történik. 10.3. A biztosított életkorát úgy kell megállapítani, hogy a biztosítás kezdeti évszámából levonják a biztosított születésének évszámát. 10.4. Az életkor helytelen bevallása esetén a biztosító az esedékes biztosítási összegből a valóságos belépési életkor után járó díjkülönbözet kamatozott összegét levonja, illetve visszafizeti, ha a biztosítás a bevalott korral létrejöhetett volna. Ha a tényleges életkor szerint a biztosítás nem jöhetett volna létre, úgy a közlési kötelezettség megsértésére vonatkozó rendelkezések az irányadóak. 10.5. A biztosított életkorától függő kockázatokra fizetendő díjak három-évente újra megállapításra kerülnek a biztosított aktuális életkorának megfelelően. 10.6. A biztosítás folyamatos díjú. A díj a biztosítási évfordulón évente előre esedékes. A szerződésben a felek megállapodhatnak az éves díj fél-éves, negyedéves vagy havi résztelekben történő megfizetésében. 10.7. A biztosítás első díja az ajánlat aláírásával egyidejűleg fizetendő. 11. Díj-nemfizetés Ha a szerződő (biztosított) a biztosítás díját az esedékességtől számított 30 napon belül nem egyenlíti ki, a díjfizetésre halasztást nem kapott, illetve a biztosító díjkövetelését bírói úton nem érvényesíti, a biztosító a biztosítási díj esedékességétől számított 30 napig viseli a kockázatot, ez idő alatt a szerződő az elmaradt díj befizetését pótolhatja. Ha az elmaradás pótlása nem történik meg, akkor az esedékességtől számított 30 nap elteltével minden külön értesítés nélkül a szerződés megszűnik. 12. Indexálás 12.1. A biztosító a biztosítás értékállóságának megtartása céljából a tartamon belül a biztosítás folyamatosan fizetett díját és szolgáltatását évente a biztosítási évfordulón növeli. 12.2. A következő évi díjnövelés mértékének az alapja a bázis évre vonatkozó – a KSH által kiadott – átlagos inflációs ráta, amelytől a biztosító a díjnövelés mértékének megállapításakor maximum 2%-kal eltérhet. A díjnövekedés mértéke 4%-nál nem lehet alacsonyabb. 12.3. Az emelés mértékéről, a megemelt díjról a biztosító a biztosítás évfordulója előtt 60 nappal értesíti a szerződőt. 12.4. Az értékkövetéssel a szerződésben megjelölt biztosítási összegek a díjemelés mértékének megfelelően növekednek.
--	---

13. Díjgázítás 13.1. A biztosító és a szerződő megállapodnak abban, hogy jelen biztosítás díját az orvosi technika, valamint a biztosítási események bekövetkezési valószínűségének jelentős vagy lényeges változása, illetve a biztosítási kockázat jelentős növekedése miatt háromévente felülvizsgálhatja és új díjkalkulációt, illetve díjszabás alapján új díjtételt állapíthat meg. 13.2. A módosítás mértékéről a biztosító az új díj érvénybelépése előtt két hónappal írásban tájékoztatja a szerződőt. Az így módosított díj a biztosítás évfordulójával kezdődően érvényes a következő három biztosítási évre. 13.3. Amennyiben a szerződő a módosított díjat nem fogadja el, és az erre vonatkozó nyilatkozatát az új díj életbelépése előtt 30 nappal megküldi a biztosítónak, akkor a biztosítás megszűnik az első emelt díj esedékességét megelőző nap 24. órájában. 13.4. Írásbeli nyilatkozat hiányában a jelen feltétel 13.2. pontja szerinti módosított díj a módosításkori biztosítási évfordulótól kezdődően automatikusan hatályba lép. 14. Díjfizetési kedvezmények A biztosító a díjfizetési kedvezményeket jelen szerződéshez az I. és II. sz. záradékban adja meg. 15. A biztosítási esemény bejelentésének határideje A biztosított köteles a biztosítási eseményt a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint bejelenteni. Ha a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottakat nem tartja be, a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól. 16. A biztosító teljesítésének esedékessége A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint teljesíti. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan teljesítik, a biztosító a szolgáltatást elutasíthatja, vagy a rendelkezésére álló dokumentumok alapján teljesíti. 17. Reaktíválás A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítás nem reaktíválható. 18. Maradékjogok A biztosítási szerződés nem rendelkezik maradékjogokkal. 19. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól 19.1. A biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a kedvezményezett szándékosan jogellenesen, vagy a szerződő, illetve biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta. A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha: - a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetileg a biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltsággal okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt, - a biztosítási esemény kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése következtében történt, kivéve, ha ezt az utóbbit a kezelőorvos javaslatára az előírásnak megfelelően alkalmazták. 19.2. A biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól, ha: - a biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be, - a biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre. 20. A biztosító mentesülése a szolgáltatási kötelezettség alól közlési és változás bejelentési kötelezettség megsértése esetén 20.1. A közlési és változás-bejelentési kötelezettség megsértése esetén a biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy: - a biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy - az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. Azt, hogy valamelyik fennáll, annak kell bizonyítani, aki erre hivatkozik. 20.2. Ha a szerződést érintő lényeges körülményről a biztosító tudomást szerez, a szerződés létrejötte után 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg a szerződést 30 nappal írásban felmondhatja. 20.3. Ha a szerződő (a biztosított) a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra a kézbesítéstől számított 15 napon belül nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat közlésétől számított 30. napon (az adott biztosított vonatkozásában) megszűnik, feltéve, hogy a biztosító erre a jogkövetkezményre a biztosított figyelmét a módosító javaslat közlésekor írásban felhívta. 21. A kockázatviselésből kizárt kockázatok 21.1. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll: – harci eseményekben vagy más háborús cselekményekben valamely fél mellett történő aktív részvétellel, – vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel.	21.2. Jelen feltételek szempontjából háborúnak minősül a hadüzenettel vagy anélkül vívott háború, a határvillongás, a felkelés, a forradalom, a zendülés, kormány elleni puccs vagy puccskísérlet, polgárháború, idegen ország korlátozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandótámadás, terrorcselekmény. (A kommandótámadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) 21.3. E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedés, rombolás. 21.4. Nem téríti meg a biztosító azon károkat, amelyek közvetlen vagy közvetett összefüggésben állnak atomkárokkal (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése). 21.5. Nem térít a biztosító olyan esetekben sem, amely esetekben a gyógykezelés során nem tartották be az orvosszakmai előírásokat, és ezen ismételt műtétekre, kezelésekre emiatt került sor, illetve a jelen szerződésben meghatározott egyéb biztosítási esemény következett be az orvosszakmai előírások be nem tartása miatt (orvosi műhiba). 21.6. A biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll: – a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítási szerződés hatálybalépése előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni); – az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással; – olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés. 21.7. A kockázatviselés kezdete előtt bármely okból már károsodott, beteg, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva. 22. Jognyilatkozatok A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatálosnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el a kötvény kibocsátására jogosult szervezeti egységéhez. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a biztosítóhoz megérkezett. A biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a biztosítási szerződésben érdekelt személynek. 23. A biztosítási kötvény megsemmisülése vagy elvesztése A biztosítási kötvény megsemmisülése vagy elvesztése esetén a biztosító kérésre pótkötvényt (kötvénymásodlatot) állít ki. A biztosító követelheti, hogy az okirat elvesztését hitelt érdemlően bizonyítsák. A költségek a kérelmezőt terhelik. 24. Adatkezelés, biztosítási titok 24.1. A biztosító jogosult az ügyfelek biztosítási ajánlaton felvett, valamint a közlési, változás-bejelentési kötelezettség teljesítése körében tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is, a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény rendelkezései szerint, a 2003. évi LX. törvényben foglaltakkal összhangban kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, illetve az ügyfél hozzájárulása alapján kerülhet sor. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez, a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet. Az ügyfél tájékoztatást kérhet a személyes adatainak kezeléséről, valamint kérheti az adatai helyesbítését, törlését. 24.2. A biztosítót a birtokába jutott biztosítási titkok tekintetében titoktartási kötelezettség terheli. A biztosító titoktartási kötelezettségére a 2003. évi LX. törvény 153-161. §-ban foglalt szabályok az irányadók. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító rendelkezésére álló adat, amely a biztosító ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. 24.3. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a biztosítási törvény szerint biztosítási titokként kezelni. 24.4. A biztosító ügyfeleinek azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másképp nem rendelkezik –, titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn: a) a feladatkörében eljáró felügyelettel, b) a folyamatban lévő büntetőeljárás keretében eljáró nyomozóhatósággal és ügyészséggel, c) büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval,
---	---

- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkoztatási kötelezettség, illetve, ha biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a biztosítóval, a biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselővel, ezek érdekképviselői szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítői, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos verseny-felügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal szemben,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi hatósággal,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) a törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvény-nyilvántartást vezető hivatallal,
- m) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvéő biztosítóval,
- n) a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében a Kártalanítási Számlát kezelő szervezettel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel és a kárrendezési megbízottal,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- p) fióktelep esetében – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval szemben, ha az a-j) és n) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul a biztosítóhoz, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját. A k), l), m) és p) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosító nem tájékoztathatja az ügyfelet a b), f), j) pontban foglalt adattovábbításról.

- 24.5. A biztosító a nyomozóhatóság és a polgári nemzetbiztonsági szolgálat részére akkor is köteles tájékoztatást adni, ha adat merült fel arra vonatkozóan, hogy a biztosítási ügylet:

- a) kábítószer-kereskedelemmel,
- b) terrorizmussal,
- c) illegális fegyverkereskedelemmel,
- d) pénzmosás bűncselekményével van összefüggésben.

25. Elévülés

A szolgáltatási igény a biztosítási, illetve kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében legkésőbb a biztosítási időszakot követő egy év alatt évül el.

26. Vitás kérdések rendezése

A szerződőnek és a biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a szerződés keretében vagy a szerződéssel kapcsolatban merül fel. Minden, a szerződés megkötése után felmerülő és a felektől független olyan körülményről, amely a szerződés teljesítését akadályozza, a felek kölcsönösen kötelesek egymást tájékoztatni.

27. Alkalmazandó jog, bíróságok illetékessége

A jelen feltételek alapján kötött biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog, elsősorban a Polgári Törvénykönyv, a 2003. évi LX. törvény és a vonatkozó hatályos magyar jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Jelen szerződésből eredő jogviták eldöntésére vonatkozóan kizárólag a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve a Fővárosi Bíróság illetékes. Az eljárás nyelve magyar.

28. Egyebek

A biztosító a befizetett biztosítási díjon felül a szerződés tartama alatt felmerülő többféle fordítások költségét felszámolhatja az alábbiak szerint:

- a) a díjfizetés késedelme esetén a felszólító levél díja, a biztosítási kötvény utólagos dokumentálása vagy módosítása,
- b) a biztosítási szerződés átdolgozása, a biztosítási kötvény másodlati példányának kiállítás.

A biztosítási események igazolásával kapcsolatos költségeket annak

kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

A biztosító szolgáltatása a Különös és Kiegészítő Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén meghatározott összeg megfizetése.

A tényleges egészségügyi ellátást a 2.13. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelőségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni.

A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az esetleges orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások ellenértékét csak megfizeti, de ténylegesen a szolgáltatást nem ő nyújtja.

A biztosító felügyeleti szerve:

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., Postacím: 1535 Budapest 114., Pf. 777.

Panaszügyek intézésére biztosítótársaságunk Vezérigazgatósága jogosult. Címe: 1082 Budapest, Baross u. 1.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.