

Jelen Különös Biztosítási Feltételek az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. PrivateMed Group csoportos egészségbiztosítási szerződéseire hatályosak, feltéve, hogy a szerződést jelen feltételekre hivatkozással kötötték.

Jelen Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a biztosító PrivateMed Group csoportos egészségbiztosítás Általános Biztosítási Feltételei az irányadók (továbbiakban: Általános Feltételek).

I. Biztosítási események

1.1. Járóbeteg-szakellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező váratlan betegsége miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg szakellátás keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges.

1.2. Házivizit

Éjjel-nappal a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén, Budapesten és 20 km-es körzetében – az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett sürgősségi esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás, mely során az ellátásszervező a biztosítotthoz ügyeleti ellátást nyújtó orvost küld. A szolgáltatás igénybevétele kizárólag az ellátásszervezőnél telefonon bejelentett esetekben, az ellátásszervező által szervezett ellátás keretében lehetséges. A szolgáltatás kizárólag sürgős szükségben vehető igénybe, melynek megállapítása kizárólag az ellátásszervező feladata. A szolgáltatás a járóbeteg-szakellátáshoz kapcsolódó szolgáltatási limitek terhére vehető igénybe. A szolgáltatás igénybevétele önrészhez kötött. Az önrész összege a házivizit költségének 30%-a, de minimum 5000 Ft. Az önrész összegét a biztosított az ellátást követően a házivizit során eljáró szolgáltatónak fizeti. A szolgáltatás igénybevételevel kapcsolatban a biztosítottat egyéb fizetési kötelezettség nem terheli.

1.3. A biztosító az egészségügyi szakellátás szolgáltatásának igénybevételeire egy hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.

2. Egnapos sebészeti ellátás

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett betegsége következtében szükségessé váló olyan tervezhető, tervezett gyógyászati beavatkozása, amely a biztosított ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik, és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát. **A biztosító az egnapos sebészeti ellátás szolgáltatásának igénybevételeire egy hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.**

3. Orvosi képkalkotó diagnosztikai eljárások

Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a további gyógyulásához szükségessé váló, a következő pontokban részletezett orvosi diagnosztikai eljárások valamelyike, melyre a biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartamon belül a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegség miatt van szükség.

3.1. PET-CT pozitronemissziós tomográfiás diagnosztika

A biztosított olyan betegsége miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban rosszindulatú daganatos megbetegedések, szívbetegségek és különböző központi idegrendszeri megbetegedések korai felismerésére, valamint az alkalmazott terápia meghatározására és eredményességének követésére szolgál.

3.2. Cardio-CT tomográfiás diagnosztika

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely alkalmas arra, hogy kimutasson olyan megbetegedéseket is és azok eredetét, melyeket a kardiológiai vizsgálatok (pl. terheléses EKG) nem mutatják ki egyértelműen. Főként a koszorúerek megbetegedéseinek feltárásában jelentős a szerepe.

3.3. MR Mágneses rezonancia diagnosztika

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízü-

letek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

3.4. CT (computer tomográf) számítógépes rétegvétel diagnosztika

A biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, melynek eredményeként a szervek kóros anatómiai elváltozásai, méret-, struktúra-, helyzetbeli eltérései igazolhatók nagy térbeli részletességgel.

A biztosító a vizsgálatokra vonatkozó szolgáltatásának igénybevételeire egy hónap várakozási időt köt ki a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetéhez képest.

4. A biztosító szolgáltatása

4.1. A szolgáltatások megszervezésének és a biztosító költségvállalásának feltétele, hogy a biztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében az alapellátás orvosa, vagy magánorvos, vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a további ellátáshoz szükséges (szak)orvosi beutalóval. A biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Különös Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse. Az alábbi szakellátások beutaló nélkül is igénybe vehetők: szemészet, gégszét, bőrgyógyászat, urológia, általános sebészet, nőgyógyászat és tüdőgyógyászat.

Az 1., 2. és 3. pontokban leírt biztosítási események valamelyikének bekövetkeztekor, az orvosi beutaló birtokában további ellátási igényt a biztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belül megszervezi az első kapcsolatfelvételt a biztosított és az orvos között, majd ezt követően megszervezi az egészségi állapotának megfelelő egészségügyi ellátást, mindannyiszor, ahányszor arra a biztosítottnak szüksége van, de legfeljebb a szerződésben szereplő éves térítési limit mértékéig. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.

Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében megtéríti a biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak.

Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató esetében a biztosító az ellátásszervező előzetes engedélye alapján és az általa meghatározott összeg erejéig téríti meg az ellátás költségeit a biztosítottnak utólag, számla ellenében.

Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitekből rendelkezésére álló összegekről a 4.3. pontban meghatározott bejelentkezéskor.

Amennyiben a biztosított az adott ellátásra vonatkozó éves limitjének 90%-át már felhasználta, a biztosító oly módon vállalja az egészségügyi ellátás megszervezését, hogy a költségeket utólag, számla ellenében téríti meg a biztosított részére az éves limit erejéig.

A biztosító a Járóbeteg-szakellátás kockázaton belül a laboratóriumi vizsgálatokat legfeljebb 25 000 Ft/biztosítási évig, a bőrgyógyászati ellátást legfeljebb 100 000 Ft/biztosítási évig téríti, függetlenül a választott szolgáltatási csomagtól.

5. A biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

A teljesítés feltétele, hogy az ellátást igénylő jogosultsága az ellátásra a szerződés alapján fennálljon.

A biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, megfelelő tartalmú, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentáció.

A dokumentáció hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül sor kerül a kifizetésre a 4.4., illetve a 4.5., 4.7. és 4.8. pontok szerint.

6. A biztosító szolgáltatásából kizárt kockázatok

A biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:

- az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén, kivéve a 4.2. pontban felsorolt esetekben,
- amennyiben az orvosi beutaló nem tartalmazza a beutaló orvos pecsétjét,
- amennyiben az orvosi képkalkotó diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi beutalót nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,

– amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt, – amennyiben a biztosított túllépte az éves limitjét, és a szerződő fél nem élt a fedezetfeltöltés lehetőségével, a biztosító nem téríti meg az ellátás költségét. 6.2. A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben a járóbeteg-szakellátásra az alábbiakból eredően kerül sor: – sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából, – az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt, – katasztrófa miatti ellátás, – járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban, – tüdőgyógyászati gondozás, – addiktológiai gondozás, – alkoholológiai gondozás, – drogbeteg-ellátás, gondozás, – foglalkozás-egészségügyi szakellátás, – akupunktúrás kezelés, – fogászati szakellátás, – geriátriai kezelés, gondozás, – dialízis kezelés, – digitális dermatoscopya, – visszer betegség injekciós kezelése (scleroterápia), – nemibeteg gondozás, – a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok, – pszichiátriai kezelés, – gyógypedagógiai kezelés, – fizio- és mozgásterápiás kezelés, – intenzív betegellátás, – klinikai onkológiai gondozás, – aneszteziológiai ellátás keretében vagy – orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálat miatt kerül sor (PET, Cardio-CT, MR, CT). 6.3. Az alábbi ellátásokra nem terjed ki a biztosító kockázatviselése az 1., 2. és 3. pontokban meghatározott biztosítási események kapcsán: – a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatban, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni, – terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálathoz tartozó UH vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig. 6.4. A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor: 6.4.1. Sterilisatio laparoscopica feminae Sterilisatio laparoscopia kapoccsal Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel Sterilisatio laparoscopia monopól. elektródával Sterilisatio laparoscopia bipól. elektródával 6.4.2. Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte 6.4.3. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából 6.4.4. Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel 6.4.5. Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel 6.4.6. Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal 6.4.7. Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal 6.4.8. Interruptio laminaria tágitással 6.4.9. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése 6.4.10. Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások 6.4.11. Művi megtermékenyítés 6.4.12. Szépsészeti okból végzett plasztikai műtetek II. Egyéb szolgáltatások 1. Második orvosi vélemény Második orvosi vélemény alatt a jelen megállapodás alkalmazásában a biztosított által az ellátásszervezőnek feltett, a biztosított súlyos betegsége vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos-szakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni. 1.1. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza: Hozzáférés nemzetközi orvos-szakértők szaktudásához, elismert orvos-szakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betérjesztett minden esetben. Vezető szakértők kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából. Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki a biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez	szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart a beteggel és kezelőorvosával. 1.2. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja: – az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat); – szívbetegségek, beleértve a szív- és érsebészetet; – szervátültetések; – neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát; – veszületett betegségek és rendellenességek; – az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció; – a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák; – az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír. A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest. 2. Orvosi call center igénybevétele A biztosító a jelen feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató partnere által (Advance Medical Hungary Kft., továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt. A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak az ügyfeleknek. Az egészségügyi információs központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén: a) egészségmegőrzéssel, életmóddal kapcsolatos kérdések, b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően, c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletről, d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerárakról, e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről. A 24 órás szolgáltatást az ügyfél a kockázatviselés teljes tartama alatt, az év minden napján, a nap 24 órájában veheti igénybe. Pontos diagnózis felállítása és helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés alapján nem lehetséges, így a telefonon történő orvosi konzultáció nem helyettesíti a személyes orvos-beteg találkozást és a biztosított-vizsgálatot. A telefonon adott információ hibás értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a biztosító, sem a szolgáltató nem vállal felelősséget. Szolgáltató receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez. Szolgáltató a telefonbeszélgetések során tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a telefonáló kérdéseinek megválaszolására céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább. A biztosító ezen szolgáltatásának igénybevételére várakozási időt nem köt ki a szerződés hatálybalépéséhez képest. 3. Az ellátásszervező felelőssége Az ellátásszervező orvosiilag kizárólagos mérlegelési joggal bír a biztosítási fedezet körébe vont ellátási igény jogosságának elbírálásában. Ezen mérlegelési jogával élve megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését azokban az esetekben, amelyekben az orvosilag nem szükséges, így nem indokolt. Ezek közé tartoznak különös tekintettel azok a vizsgálatok vagy beavatkozások, melyeket ismételt, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a beutaló orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi beutaló a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége az adott időpontban a biztosított kezelőorvosa által orvosilag indokoltnak tartott olyan esetekre és a vonatkozó ellátási igény elbírálására, amelyek nem tartoznak a biztosító fedezeti körébe. Ebben az esetben a biztosított felelőssége, hogy igénybe vegye a TB szabályai szerinti egészségügyi ellátást. Nem terjed ki az ellátásszervező felelőssége a szolgáltatók által végzett konkrét szakmai munkára, illetve a szolgáltatók által a teljesítés során esetlegesen a biztosítottak okozott károkra.
---	---

4.

Fedezetfeltöltés

Az adott biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási összeg az ugyanazon biztosítási időszakban bekövetkezett biztosítási esemény miatt kifizetett összeggel csökken, kivéve, ha a szerződő fél a díjat megfelelően kiegészíti. Ezen jogkövetkezményt a biztosító abban az esetben alkalmazhatja, ha arra legkésőbb a szolgáltatás teljesítésével egyidejűleg a szerződő fél figyelmét felhívta és a fedezetfeltöltés díját közölte.
Ha a szerződő fél a fedezetfeltöltés jogával nem él, a szerződés a kifizetett összeggel csökkentett biztosítási összeg mellett marad hatályban a folyó biztosítási időszakban.

III.

Baleseti védelem

1.

A biztosítási esemény

Jelen feltételek szerint biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a kockázatviselés időszakán belül bekövetkező balesete. Baleset: a biztosított akaratán kívül hirtelen fellépő olyan külső behatás, amelynek következtében az emberi szervezet anatómiai szerkezetében változás következik be, és az így létrejött elváltozás szakorvosilag igazolt módon sérüléssel jár.

2.

A biztosítás területi hatálya

A biztosító ezen szolgáltatása a Föld valamennyi országára kiterjed.

3.

A biztosító szolgáltatása

3.1.

Baleseti maradandó egészségkárosodás

Ha a biztosított a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkező balesete miatt a balesettől számított két éven belül legalább 31%-os mértékű baleseti eredetű maradandó egészségkárosodást szenved (megrokkann), úgy a biztosító a baleseti maradandó egészségkárosodás kockázatának a biztosítási esemény időpontjában hatályos biztosítási összegéből az egészségkárosodás mértékének megfelelő százalékot, de legfeljebb a biztosítási összeg 100%-át kifizeti.
A baleseti maradandó egészségkárosodás mértékét a biztosító orvos-szakértője állapítja meg a rendelkezésére álló orvosi dokumentumok alapján, függetlenül a társadalombiztosítási szervektől. A MABISZ útmutatójában felsorolt szervek, végtagok, illetve működőképességük elvesztése esetén a szükséges iratok bemutatása után azonnal, egyéb esetekben legkésőbb a balesetet követő két éven belül. A biztosító elrendelheti orvos-szakértője által a sérült személyes vizsgálatát, illetve a biztosított is kérheti azt. Amennyiben a biztosított nem fogadja el a biztosító orvosának döntését, másodfokú orvosi bizottsághoz fordulhat a biztosítón keresztül, saját költségére. Amennyiben a biztosított egészségi állapota a szolgáltatást követően javul, a biztosító a már kifizetett biztosítási összeget nem igényli vissza.

3.2.

Baleseti égés

A biztosított égési sérülése esetén a biztosító a szerződésben meghatározott 100%-os biztosítási összegnek az alábbi táblázatban meghatározott, az égéskárosodás mértékének megfelelő százalékát fizeti ki.
Az I. fokú égési sérülésnél csak a bőr legfelső rétege károsodik, amely fájdalmas és a felületen pirosság látható.
A II. fokú égési sérülések esetén különbséget teszünk az úgynevezett felületes és mély formák között.
A II/1. típus előfordulásakor a bőr legfelső és az irha felső rétege károsodik, hólyag látható, a sebalap piros, nyomásra elfehéredik, fájdalmas.
A II/2. típusú sérülésnél az irha mélyebb rétege is károsodik, a sebalap fehéres színű, fájdalmas.
A III. fokú égés esetén a bőr teljes vastagsága sérül, a felszín a szennyeződéstől függően barna, fekete vagy fehér színű, hólyag nincs, a felszín érzéketlen, mivel a fájdalomérzékelő receptorok is elpusztultak.
A IV. fokú égési sérülés előfordulásakor a bőr alatti szövetek, például az izmok és a csontok is elpusztulnak, a sérült végtag gyakran elszenesedik.
Az égett terület kiterjedését az ember testfelszínének százalékában adjuk meg, amelynek során 1 százalék testfelszínnek tekintjük a sérült tenyerének felszínét. A nagy kiterjedésű égési felület kiszámítása a Wallace-féle 9-es szabály alapján történik: például a fej-nyak 9 százaléknak, egy felső végtag 9 százaléknak, egy alsó végtag 18 százaléknak, a törzs 36 százaléknak felel meg.

Fok	Kiterjedés	Az egészségkárosodás mértéke
I. fokú (bőrt, nyálkahártyát épen hagyó égés)	1-20%	0%
	21-30%	15%
	31-50%	30%
	51%-tól	50%
II/1. fokú (felületes mélységű égés)	1-15%	0%
	16-20%	15%
	21-30%	30%
	31-50%	60%
II/2. fokú (átmeneti mélységű égés)	1-5%	0%
	6-10%	15%
	11-20%	30%
	21-30%	60%
III. fokú (mélyre terjedő égés)	31%-tól	100%
	1-2%	0%
	3-5%	20%
	6-15%	40%
IV. fokú (roncsoló égés)	16-25%	60%
	26%-tól	100%
A térítés a szervekre, végtagokra kiterjedő károsodás alapján a szervek, végtagok elvesztésére, bénulására, illetve funkciókiesésére megállapított egészségkárosodási mértékeknek megfelelően történik a MABISZ útmutató alapján.		

4.

Mentesülések

A biztosító mentesül a baleset-biztosítási összeg kifizetése alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a balesetet a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.
A balesetet súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak kell tekinteni akkor, ha az a biztosított:
a) szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben,
b) ittas állapotával közvetlen okozati összefüggésben,
c) bódító-, kábító- vagy más, hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával közvetlen okozati összefüggésben, illetve toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függősége folytán,
d) érvényes jogosítvány nélküli gépjárművezetése közben,
e) ittas állapotban történő gépjárművezetése közben következett be, és mindkét utóbbi esetben más közlekedésrendészeti szabályt is megszegett,
f) öngyilkossági kísérletével összefüggésben következett be, még akkor sem, ha azt a biztosított módosult tudatállapotában követte el.

5.

Kizárások

5.1.

Jelen feltételek vonatkozásában nem számít balesetnek:

a) a betegségből eredő testi sérülés,
b) a foglalkozási betegség ártalom,
c) a biztosított öngyilkossága vagy annak kísérlete még akkor sem, ha azt a biztosított beszámítási képességének hiányában követte el,
d) a megemelés összes formája,
e) rándulás és annak következményei,
f) fagyás,
g) napszúrás, a napsugár okozta leégés és a hóguta,
h) ha a biztosított az organikus idegrendszer sérülése nélküli lelki és szellemi károsodást szenved,
i) ha a sérülés a biztosított elme- vagy idegbetegségével, pszichiátriai betegségével igazoltan okozati összefüggésben következett be,
j) minden olyan, a szervezet támasztórendszerét érintő ártalom, melynek meglétére egy adott baleseti esemény hívja fel a figyelmet,
k) a szokványos ízületi ficamok és alkati sajátosságból adódó ízületi szalaggyengeség,
l) a sérvesedések különböző formái, kivéve azokat az eseteket, amikor a környezetben sérülési mechanizmusból adódóan akut műtéti ellátást igénylő egyéb anatómiai károsodások is bekövetkeznek,
m) a nem magyarországi fegyveres testület kötelékében teljesített szolgálat idején elszenvedett sérülés,

- n) a biztosított olyan balesete, amely gépi erővel hajtott szárazföldi, légi vagy vízi járművel, sportversenyen való részvétel következtében vagy ilyen versenyre való felkészülés (edzés) keretében következett be,
- o) a biztosított olyan balesete, amely veszélyes sportok és hobbi (légi sportok, rögbi, baseball, amerikai futball, barlangászás, sziklamászás, hegymászás, bungee jumping, rafting, 10 méternél mélyebben történő búvárkodás) művelése folytán következett be,
- p) a légi jármű használata közben bekövetkezett baleset, kivéve, ha a biztosított utasszállító repülésre engedélyezett repülőgépen utasként utazott,
- r) a biztosított olyan balesete, amely közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményekkel vagy más háborús cselekményekkel, lázadással, zavargással vagy terrorcselekménnyel, hadüzenettel vagy anélkül vívott harccal, határviolenciával, felkeléssel, forradalommal, zendüléssel, a törvényes kormány elleni puccsal vagy puccskísérlettel, népi megmozdulással, nem engedélyezett tüntetéssel vagy be nem jelentett sztrájkjal, idegen ország korlátozott hadcselekményeivel, kommandó-támadással,
- s) a biztosított balesete, amely bányászati tevékenység során következett be,
- t) a biztosított olyan balesete, amely atomkárok (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következett be,
- u) a biztosított azon baleseti sérülése, mellyel kapcsolatban objektív, műszeres, klinikai vizsgáló módszerekkel anatómiai károsodás nem igazolódik,
- v) robbanószerkekkel, robbanószerkezetekkel kapcsolatos tevékenységgel összefüggésben következett be,
- z) hivatásos sportolók edzés és verseny közben bekövetkező balesetei.

5.2. A baleset előtt bármely okból már maradandóan károsodott, sérült vagy csonkolt testrészek és szervek, illetve ezen sérülések későbbi következményei a biztosításból ki vannak zárva.

5.3. Amennyiben a biztosított hivatásos sportoló volt, de már befejezte versenyzői pályafutását, akkor a jelen feltételek szerint a biztosító nem vállalja a baleset-biztosítási kockázatokat a biztosított térdízületeire és bokaízületeire.
Hivatásos sportolónak tekintjük e tekintetben azt, aki sportegyesületben leigazolt versenyző.

6. A biztosító teljesítése

A teljesítésre valamennyi, a 7.3. pontban leírt okmány hiánytalan beérkezését követően haladéktalanul, de legkésőbb 15 napon belül kerül sor.

A biztosító a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki szolgáltatásként a biztosítás kedvezményezettjének. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan juttatják el a biztosítóhoz, a biztosító a szolgáltatást elutasíthatja, vagy a rendelkezésére álló dokumentumok alapján teljesíti.

7. A biztosító szolgáltatásának kifizetése a baleseti kockázatokra vonatkozóan

7.1. A biztosítási eseményt írásban haladéktalanul, de legkésőbb 8 napon belül be kell jelenteni a biztosítónál. A szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni ezek tartalmának ellenőrzését.

A biztosító kötelezettsége nem áll be, amennyiben a bejelentési kötelezettséget csak részben vagy késedelmesen teljesítik, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

A biztosítónak jogában áll szakértőket bevonni a szolgáltatás jogosultságának eldöntéséhez.

7.2. A szolgáltatást a biztosító arra kijelölt szerve teljesíti.

7.3. A biztosítási szolgáltatás iránti igényhez be kell nyújtani a következő iratokat:

- a) a biztosítási kötvény másolatát,
- b) a biztosító baleseti kárbejelentő nyomtatványát, melyhez csatolni kell:
 - az akut szakorvosi ellátásról szóló dokumentumokat,
 - röntgenlelete(ke)t, indokolt esetben a röntgen-felvételt,
 - baleseti sebészeti zárójelentés(ek)e)t,
 - baleseti sebészeti ellenőrzővizsgálatok dokumentációját. A kontroll vizsgálatok dokumentációja nélkül a biztosító megtagadhatja a térítést.
 - valamint azokat az egyéb iratokat, leleteket, orvosi dokumentumokat, amelyek a jogosultságnak, a biztosítási eseménynek, a biztosított sérülése mértékének, illetve a sérülés miatti kórházi kezelés idejének a megállapításához szükségesek,

- hatósági intézkedés esetén annak jegyzőkönyvét,
- ha történt alkoholfogyasztásra vonatkozó vizsgálat, úgy annak jegyzőkönyvét.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.