

CIB Egészségőr és Hope Plusz Biztosítottai tájékoztató és Biztosítási Feltételek
a CIB Bank Zrt. vállalati bankszámlához nyújtott biztosítási szolgáltatásról
Hatályos: 2018. március 1-től

Tartalomjegyzék

I. CIB Egészségőr Biztosított tájékoztató vállalati bankszámlához.....	3
II. CIB Egészségőr Biztosítási Feltételek vállalati bankszámlához.....	11
III. CIB Egészségőr biztosítás kiegészítéseként választható Hope Plusz kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek	32
IV. CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek és biztosítási díjak	34

I. CIB Egészségőr Biztosítotti tájékoztató vállalati bankszámlához

Tisztelt Hölgyem / Uram!

A biztosítást az UNION Biztosító (www.unionbiztosito.hu) nyújtja, ami ellátásszervező partnerével, az Advance Medical Hungary-vel (www.advance-medical.com) arra törekszik, hogy Ön az igényeinek megfelelő ellátást kapja betegség esetén.

1. Milyen esetben vehető igénybe a biztosítás?

Ha a biztosításhoz csatlakozást követően megbetegszik, bármi panasza lesz az egészségével kapcsolatban, attól függően, hogy Ön melyik biztosítási csomaggal rendelkezik (csomagok tartalmát a CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek és biztosítási díjak fejezetben találja meg), az alábbi szolgáltatásokat nyújtjuk:

1.1. 24 órás call center igénybevétele

Éjjel-nappal hívható a hét minden napján a (06-1) 461-1505 telefonszámon.

Gyakorló orvossal beszélhetnek, és gyakorló orvostól kérhetnek tanácsot például:

- orvosi ügyeletek, gyógyszerárak, egészségügyi intézmények elérhetőségéről,
- egészséggel, betegséggel,
- egészséges életmóddal, megelőzéssel,
- gyógykezeléssel,
- egészséges táplálkozással,
- gyógyszerekkel, azok hatásával, mellékhatásával, alkalmazhatóságával, kölcsönhatásaival, helyettesíthetőségével kapcsolatos kérdésekben.

1.2. Ellátásszervezés

Ha szakorvosi vizsgálatra van szüksége, annak időpontját és helyét – Önnel egyeztetve – megszervezzük Ön helyett. Az ellátásszervezés telefonon történik.

A munkanapokon 8-20 óra között hívható (06-1) 461-1572 telefonszámon bejelenti az ellátás (szakorvosi vizsgálatok) iránti igényét. Szükség esetén – ha nem járt még panaszával orvosnál – ellátásszervezőnk orvosától is kérhet tanácsot, aki a panaszok és kórelőzmény alapján kijelölheti az elvégzendő vizsgálatokat. Az igényelt ellátásokat a call center munkatársai egyeztetik a szolgáltatókkal és az ügyfelekkel. A kölcsönösen elfogadott időpontokról és helyszínekről mindkét felet 48 órán belül telefonon értesíti az ellátásszervező, és e-mailben megerősítést küld. **A már egyeztetett időpontot csak egyszer van lehetősége módosítani legkésőbb 24 órával korábban a vizsgálat időpontjánál.**

Amennyiben Ön 24 órán belül mondja le, módosítja vagy nem jelenik meg adott időben a vizsgálaton, a vizsgálat árának 50%-át levonjuk éves keretéből valamint ugyanezen vizsgálat megszervezését legkorábban 3 hónap elteltével kérheti újra.

1.3. Ellátásszervezés kérhető (a választott csomagtól függően) az alábbiakra:

1.3.1. Orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatok

Amennyiben Ön betegségének, panaszának kivizsgálása kapcsán szakrendelő orvostól rendelkezik CT, MRI vagy PET-CT vizsgálatra, annak időpontját, helyszínét megszervezi a biztosító. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám

felhívásával történik. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat

A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.2. Egnapos sebészet

Amennyiben Ön betegségének, panaszának kivizsgálása kapcsán szakorvostól beutalóval/orvosi javaslat alapján műtét szükséges a gyógyuláshoz, és az egnapos sebészet keretében elvégezhető (ez többek közt függ a szolgáltató engedélyétől, de az Ön egészségi állapotától is, orvosszakmai szabályok döntenek el, hogy adott beavatkozás után Ön 24 óra múlva hazabocsájtható-e vagy kórházban kell több napot töltenie), akkor a műtét időpontját, helyszínét megszervezi a biztosító (a 6. pontban felsoroltak kivételével). Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik.

A biztosítás nem fedezi azoknak a műtéteknek a költségét, amelyek elvégzése egy, már a biztosítás megkötésekor is fennálló betegség miatt válnak szükségessé.

A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.3. Járóbeteg-szakellátás, diagnosztikai, labordiagnosztikai vizsgálatok

Amennyiben Ön betegségének, panaszának kivizsgálásához szakorvosi (pl. belgyógyászat, nőgyógyászat, fül-orr-gégészet, stb., a 6. pontban felsoroltak kivételével), labor- vagy diagnosztikai (röntgen, ultrahang, stb.) vizsgálatra, esetleg ambulánsan elvégezhető műtétre van szüksége, annak időpontját, helyszínét megszervezi a biztosító. Az ellátás igénylése az 1.2. pontban leírtakkal azonos módon, azonos telefonszám felhívásával történik.

A vizsgálat költségét az éves limit erejéig a biztosító finanszírozza. A vizsgálat után Ön nem fizet a vizsgálatot végző orvosnak, azt a szolgáltató és a biztosító rendezi egymás közt.

1.3.4. Második orvosi vélemény

Ha Önnél az alábbi betegségek valamelyike fennáll és szeretné tudni, hogy a legmegfelelőbb kezelést kapja, vagy ezen betegségek valamelyikének gyanúja merült fel, és igazán biztos akar lenni a diagnózisban, igénybe veheti Második orvosi vélemény szolgáltatásunkat:

- az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
- szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
- szervátültetések;
- neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát;
- veleszületett 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 szolgáltatás hozzáférést jelent nemzetközi orvosszakértők szaktudásához: elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiválasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betérjesztett minden esetben.

Vezető kórházak kiválasztása és ajánlása bármely országban távszakvélemény céljából.

Az ellátásszervező minden esetben kijelöl egy esetfelelőst, aki elkéri Öntől a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat, és szükség esetén kapcsolatot tart Önnel és kezelőorvosával.

A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

1.3.5. Szűrővizsgálat

Biztosítási évente egyszer, egészségi állapotának felmérése, a korai betegség-felismerés céljából igénybeveheti a csomagban szereplő szűrővizsgálatokat:

Közepes szűrőcsomag tartalma:

- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- Nyugalmi EKG
- Laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, triglicerid, teljes vizeletvizsgálat és üledék.
- nőgyógyászat/urológia

Személyreszabott szűrőcsomag tartalma:

- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- Nyugalmi EKG
- Hasi és kismedencei áttekintő ultrahang vizsgálat
- Mellkas röntgen (egyirányú)
- Laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, GPT, GOT, GGT, bilirubin, húgysav, kreatinin, karbamid, kálium, nátrium, teljes vizeletvizsgálat és üledék
- nőgyógyászat/urológia
- fogászati szűrővizsgálat (csak Budapesten, tartalma: orvosi vizsgálat, kezelési terv, panoráma röntgen).

Ezt ugyanúgy, az ellátásszervezőn keresztül tudja igényelni, mint a többi szolgáltatást.

1.4. Hope Plusz Kiegészítő biztosítási csomag

Ha a kockázatviselés ideje alatt Önnél rosszindulatú daganatot diagnosztizálnak, kiegészítő biztosításunkkal igyekszünk segíteni Önnek, hogy az anyagiak miatt ne kelljen aggódnia, és csak a gyógyulásra figyelhessen. A betegség diagnosztizálásakor egy egyösszegű szolgáltatást nyújtunk Önnek, majd az orvosi kezelés megkezdését követő 18 hónapon keresztül havi járadékot fizetünk.

Ezek fix összegek, függetlenek a kezelés költségétől és Ön arra költi, amire szeretné. Pótolhatja a munkaképtelenség miatti jövedelem-kiesését vagy kiegészítő terápiák megvásárlására is fordíthatja.

Fontos: ezt a kiegészítő biztosítást csak 18 év felettiek köthetik, és nem kötheti meg olyan személy, akinek korábban már volt ilyen betegsége vagy épp ilyen irányú kivizsgálás alatt áll.

2. Ki veheti igénybe a szolgáltatásokat?

Azon CIB Bank Zrt-nél vállalati bankszámlát vezető vállalatok (Számlatulajdonosok) Tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalói (Biztosítottak), amely vállalatok a CIB Egészségőr biztosításra vonatkozóan szerződést kötöttek a bankkal és a biztosítóval. A biztosítottakat a Számlatulajdonos határozza meg, a biztosítottaknak egy adatátadási nyilatkozat kell aláírnia. A Biztosítottak a 18 és-70 év közötti természetes személyek lehetnek. A biztosított életkora az

adatátadási nyilatkozat megtételekor alapsomag választása esetén legalább 18 év legfeljebb 69 év, kiegészítő biztosítási csomag választása esetén legalább 18 év legfeljebb 65 év lehet.

3. Mikortól vehető igénybe szolgáltatás?

A Szerződő a csatlakozás elfogadásáról vagy el nem fogadásáról e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat és a Számlatulajdonost.

4. Hogyan fizeti a biztosítás díját?

A Biztosítottat a biztosítási díj megfizetése nem terheli. A díjat a csoportos biztosítás szerződője, a CIB Bank Zrt. utalja a biztosítónak. A biztosítás arányos díját a szerződő a Számlatulajdonosra áthárítja.

5. Mikor és hogyan szűnik meg a biztosítás?

Az Önre vonatkozó kockázatviselés megszűnik:

- a) az Ön halála esetén,
- b) annak a biztosítási év utolsó napjának 24. órájával, amelyben Ön a 70. életévét betöltötte,
- c) amennyiben a Számlatulajdonos Szerződővel fennálló bankszámlaszerződésre vonatkozó jogviszonya megszűnik, a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órákor.
- d) amennyiben a Bank a Számlatulajdonos számlájáról a biztosítási díjat a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig a nem tudta beszedni, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor,
- e) a Biztosított Nyilatkozat Társ Szerződő általi visszavonása esetén – a Társ Szerződő által megnevezett valamennyi biztosított vonatkozásában - a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órákor (a biztosítottra vonatkozó évfordulón).

Ezen felül Hope Plusz esetében a kockázatviselés megszűnik:

- a) a biztosított 70. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,
- b) a CIB Egészségőr biztosításra vonatkozó kockázatviselés megszűnése esetén azzal egyidejűleg,
- c) a biztosítási szolgáltatás teljesítésével

6. Milyen ellátásokat NEM szervez meg illetve nem térít a biztosító?

6.1. Ha a biztosítási esemény az alábbi eseményekkel összefüggésben áll az ellátást a biztosító nem szervezi meg az illetve nem téríti meg:

- Harci eseményben vagy háborús cselekményben valamely fél mellett történő részvétel
- Állam elleni bűncselekményben való részvétel
- Atomkárok
- Alkoholos állapot, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőség
- Ismételt műtétekre, kezelésre, ha az orvosszakmai előírásokat nem tartották be

- Orvosi műhiba
- terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményei abban az esetben, ha a fogamzás a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete 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 egészségkárosodás;
- esztétikai változtatási célú orvosi beavatkozás, kozmetikai kezelés

6.2. Ha az ellátásra 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,
- lézeres körömgomba-eltávolítás,
- lézeres látásjavító műtét,
- szemlencse beültetés,
- geriátriai kezelés, gondozás,
- dialízis kezelés,
- digitális dermatoscopia
- visszér betegség injekciós kezelése (scleroterápia),
- bármilyen visszér-műtét,
- nemibeteg gondozás,
- a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok,
- pszichiátriai kezelés,
- gyógypedagógiai kezelés,
- fizio- és mozgásterápiás kezelés,
- intenzív betegellátás,
- klinikai onkológiai gondozás,
- HIV-betegek gondozása,
- Hepatitis C betegek gondozása,
- aneszteziológiai ellátás keretében.

6.3. Ha az ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt.

6.4. Egynapos sebészetre vonatkozó kizárások:

- orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét

6.5. Orvosi képkalkuló diagnosztikai vizsgálatokra szóló kockázat

- orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét

- orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
- 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 vizsgálatához tartozó UH vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig.

6.6. Ha a Járóbeteg-szakellátás biztosítási események esetén:

- a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatok, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni,
- terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálatához tartozó UH vizsgálat is, maximum az éves limit erejéig.

6.7. A biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:

- a) Sterilisatio laparoscopica feminae
- b) Sterilisatio laparoscopica kapoccsal
- c) Sterilisatio laparoscopica gyűrűvel
- d) Sterilisatio laparoscopica monopol. elektródával
- e) Sterilisatio laparoscopica bipol. elektródával
- f) Extrauterin graviditas laparoscopos műtéte
- g) Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
- h) Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
- i) Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
- j) Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
- k) Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
- l) Interruptio laminaria tágitással
- m) Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
- n) Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
- o) Művi megtermékenyítés
- p) Szépészeti okból végzett plasztikai műtetek.

7. Mikor mentesül a biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

- 7.1. Ha a biztosítási eseményt Ön jogellenesen súlyosan gondatlanul (rendszeres alkohol fogyasztás vagy 2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó alkoholos befolyásoltság vagy kábítószer fogyasztása, kábítószer hatású anyag vagy gyógyszer szedése) okozta.
- 7.2. Ha biztosítási esemény okozati összefüggésben áll az Ön öngyilkossági kísérletével vagy az Ön szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre.
- 7.3. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén 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.

8. A fentieket röviden összefoglalva a biztosító NEM téríti meg azokat az ellátásokat, amelyek:

- terhességgel, szüléssel összefüggő ellátásokat, amennyiben a biztosításhoz csatlakozáskor már megállapított volt a terhesség. Ezen esetben is csak 4 nőgyógyászati vizsgálatot és sima ultrahangot térítünk terhességenként (a terhesség nem betegség!).
- olyan orvosi képkeltő diagnosztikai vizsgálatot és Egynapos sebészeti műtétet, amelyet nem szakorvos rendelt el.
- olyan eljárásokat, ambuláns vagy egynapos műtéteket, melyeknek célja nem a gyógyulás, hanem esztétikai, szépészeti célúak, vagy a teherbeesést, fogamzóképeség javulását segítik elő illetve a meddővé tételre irányulnak.
- fogászati ellátásokat (ezeknek szájsebészeti vonatkozását sem – pl. csontbeültetés fogimplantáció esetén).
- krónikus betegségek gondozását, terápiás sorozatot (onkológiai kezeléseket, fizio- és fizioterápiát sem).

9. Mit kell tennie, ha orvosi ellátásra van szüksége?

A biztosító szolgáltatását az Advance Medical Hungary Kft. (www.advance-medical.hu), mint ellátásszervező által nyújtja, az egészségügyi ellátást egészségügyi szolgáltatók végzik.

Az 1. pontban található telefonszámot kell tárcsáznia szolgáltatás igényléséhez.

10. Ha bármilyen panasz adódik a biztosítással kapcsolatban:

Viták kérdések rendezése

A biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a biztosító részére kell bejelenteni:

- írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1461 Budapest, Pf.: 131., tel.: (+36-1) 486-4343)
- személyesen az alábbi címen:
UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Központi Ügyfélszolgálati Iroda (Budapest, Váci út 33.)

A biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank (1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

Amennyiben a biztosított a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy

- a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-40) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172; Telefon: +36-1 489-9100; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

11. A megadott adatait a biztosító az alábbiaknak megfelelően kezeli:

A biztosító az ügyfelei személyes és biztosítási titoknak minősülő adatait hozzájárulásuk alapján jogosult kezelni. Az adatkezelés célhoz kötött, azaz a biztosító csak azokat a személyes és

biztosítási titoknak minősülő adatokat jogosult kezelni, amelyek a biztosítás létrejöttével, nyilvántartásával, a biztosítási szolgáltatással összefüggenek. A biztosító az adatokat csak abban az esetben továbbíthatja harmadik személyek részére, ha ahhoz az ügyfél hozzájárult vagy az adattovábbítást jogszabály lehetővé teszi.

A biztosító titoktartási kötelezettsége nem áll fenn:

- a) a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, családi csődvédelmi szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108.§ (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosításszerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátáshoz szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- n) 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,
- o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal.

10. Az alkalmazandó jog

Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhatnak.

Az eljárások nyelve magyar.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

II. CIB Egészségőr Biztosítási Feltételek vállalati bankszámlához

1. A feltételek érvényessége

Jelen Biztosítási Feltételek (továbbiakban: Biztosítási Feltételek) az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. és a CIB Bank Zrt között létrejött, vállalati bankszámlákhoz kapcsolódó CIB Egészségőr csoportos biztosítási szerződésre érvényes.

2. Fogalmak

- 2.1. **Alapellátás:** a biztosított magyarországi lakóhelyén, tartózkodási helyén, illetve annak közelében a biztosított választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatás (háziorvosi szolgáltatás).
- 2.2. **Alkusz:** A CIB Biztosítási Alkusz Kft. független biztosításközvetítő, amely a szerződéssel kötött megbízási szerződés alapján, a szerződő képviselőjében eljárva a szerződő biztosítási szerződésből eredő jogainak és kötelezettségeinek teljesítésben és lebonyolításában közreműködik.
- 2.3. **Általános járóbeteg-szakellátás:** a biztosított folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a biztosított jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás.
- 2.4. **Az ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel nem köt szerződést.
- 2.5. **Az ellátásszervezővel szerződött egészségügyi szolgáltató:** bármely egészségügyi szolgáltató, amely az ellátásszervezővel szerződést köt.
- 2.6. **Beavatkozás:** azon megelőző, diagnosztikus, terápiás vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő.
- 2.7. **Biztosítási év:** két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.
- 2.8. **Biztosító:** az UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. amely a biztosítási szerződést megkötő és a biztosítási díjak ellenében kötelezettséget vállal a biztosítási szolgáltatások teljesítésére.
- 2.9. **Biztosítási esemény:** a biztosító azon szolgáltatása, amelyre a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott egészségügyi ellátás megszervezése vagy az ellátás költségeinek megfizetésére vállal kötelezettséget.
- 2.10. **Csoportos biztosítás:** a bank és a biztosító, számlatulajdonos, mint társszerződő között létrejött, a vállalati bankszámlákhoz kapcsolódó CIB Egészségőr csoportos biztosítási szerződés alapján létrejött egészségbiztosítás.
- 2.11. **Csoportos keretbiztosítási szerződés:** bank és a biztosító között létrejött olyan keretmegállapodás, mely alapján jön létre a Csoportos biztosítás.
- 2.12. **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.

2.12.1. Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni:

- a) a biztosított személyazonosító adatait,

- b) cselekvőképes biztosított esetén az értesítendő személy, kiskorú, illetve gondnokság alatt álló biztosított esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,
- c) a kórelőzményt, a kórtörténetet,
- d) az első vizsgálat eredményét,
- e) a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,
- f) az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket, egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,
- g) az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,
- h) a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,
- i) a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,
- j) a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,
- k) a biztosítottak (betegnek), illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,
- l) a beleegyezés, illetve visszautasítás tényét, valamint ezek időpontját,
- m) minden olyan egyéb adatot és tény, amely a biztosított gyógyulására befolyással lehet.

2.12.2. Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- a) az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- b) a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- c) az ápolási dokumentációt,
- d) a képkötő diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
- e) a biztosított testéből kivett szövetmintákat, illetve azok szövettani eredményeit.

2.12.3. Több résztvevőből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően írásbeli összefoglaló jelentést (zárójelentést) kell készíteni, és azt a biztosítottak át kell adni.

2.13. 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.

2.14. Egészségügyi ellátás: a biztosított adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

2.15. Egészségügyi szolgáltatás: az magyar egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési 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 biztosított (beteg)

- vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a biztosított (beteg) vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet.
- 2.16. Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az erre jogosult magyar szerv vagy hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.
- 2.17. Ellátásszervező:** az Advance Medical Hungary Kft., 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.
- 2.18. Éves szolgáltatási limit:** a biztosító biztosítási évre (2.7. pont) vonatkozó szolgáltatási limitet alkalmaz, melynek mértékét a CIB Egészségőr biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek dokumentum tartalmazza.
- 2.19. Előzménybetegség:** a biztosítás megkötése előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettől összefügg.
- 2.20. Kezelőorvos:** a biztosított adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a biztosított gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak.
- 2.21. Kockázatelbírálás:** a biztosító azon tevékenysége, amellyel felméri a biztosított egészségi állapotát, mielőtt a biztosítási kockázatot elvállalja.
- 2.22. Költségértéítés:** a biztosítási eseménnyel, szolgáltatással kapcsolatban felmerült tényleges költségek megtérítése az éves szolgáltatási limit mértékig.
- 2.23. Közeli hozzátartozó:** a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér;
- 2.24. Járóbeteg-szakellátás:** olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.
- 2.25. Sürgős szükségből eredő ellátás:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
- 2.26. Számlatulajdonos és Társszerződő :** A szerződő mindenkor hatályos Általános Lakossági Üzletszabályzatában meghatározott egyéni vállalkozó és a mindenkor hatályos Általános Vállalati Üzletszabályzatban meghatározott vállalati üzletfelei, aki a Bankkal forint Bankszámlára vonatkozó szerződéssel rendelkezik. A Bankszámla fogalmára a Bank Általános Vállalati Üzletszabályzatában meghatározott fogalom az irányadó.
- 2.27. Szerződő:** CIB Bank Zrt.
- 2.28. 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.
- 2.29. Vizsgálat:** az a tevékenység, amelynek célja a biztosított egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének megállapítása.

3. Biztosított

A biztosított: az a 18-70 év közötti természetes személy, aki a Társszerződő cég tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalója. A Biztosítottat a Társszerződő határozza meg. A Biztosított az adatátadási nyilatkozatot köteles tenni. A biztosított életkora az Adatátadási nyilatkozat megtételekor legfeljebb 69 év lehet. Az életkor számítása úgy történik, hogy a folyóévből ki kell vonni a biztosított születési évét.

4. A csoportos biztosítási szerződés létrejötte és csatlakozás a Csoportos Biztosításhoz

- 4.1.** A Csoportos Biztosítás a biztosító, szerződő, társszerződő és az alkusz megállapodásával jött létre, a társszerződő cég tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalói javára.
- 4.2.** A társszerződő cég tulajdonosa vagy vezető tisztségviselője, vagy munkavállalói a Biztosítási Szerződéshez kizárólag biztosított minőségben csatlakozhatnak, őket nem illeti meg a szerződői minőség, illetve a szerződő helyére nem léphetnek be.
- 4.3.** A biztosítottakat a Társszerződő nevezi meg, mely előtt a Társszerződő beszerzi a Biztosítottól az adatátadáshoz történő hozzájárulást.
- 4.4.** Az Adatátadási nyilatkozat az a dokumentum, amely tartalmazza a biztosítottnak arra vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatát, hogy az adatait a társszerződő az Alkuszhoz, Biztosító és a Szerződő átadja abból a célból, hogy a szerződés hatálya rá kiterjed, valamint tartalmazza azt, hogy a biztosítót a titoktartási kötelezettség alól felmenti az intézményekkel, hatóságokkal szemben. Egy Biztosított egy biztosítási alapsomaggal és egy kiegészítő biztosítási csomaggal rendelkezhet.
- 4.5.** A Szerződő joghatályosan küldhet értesítést a Számlatulajdonosnak függetlenül attól, hogy ki a biztosított. A Szerződő a csatlakozás megtételének igazolásaként írásbeli visszaigazolást küld a Társszerződő és a Biztosított részére.
- 4.6.** A Szerződő a Biztosított adatátadását követően arról, hogy a szerződés hatálya a Biztosítottra kiterjed, az adatok szerződő általi átvételét követő 5 (öt) munkanapon belül mail címére küldött levélben tájékoztatja a Társszerződőt és a Biztosítottat.
- 4.7.** A Szerződő a Biztosított megnevezését elutasítja, ha
 - 4.7.1.** a biztosítási díj nem került megfizetésre legkésőbb a Biztosított adatainak átvételét követő 5 (öt) munkanapon belül, azaz a Bankszámla megterhelése nem vezetett eredményre vagy
 - 4.7.2.** nem teljesülnek a Biztosítottra vonatkozó feltételek vagy
 - 4.7.3.** a Biztosított Nyilatkozatban elírás, téves, hibás adat szerepel.
- 4.8.** A Biztosítottak automatikusan, külön kockázatelbírálás nélkül kerülnek a biztosítási fedezetbe.
- 4.9.** A Biztosítottnak a nyilatkozatokat a valóságnak megfelelően és hiánytalanul kell megtennie.

4.10. A Biztosítási csomag módosítása

- 4.10.1.** A Társszerződő a Biztosítottra vonatkozó biztosítási csomagot a biztosítási évfordulóra módosíthatja.
- 4.10.2.** A Biztosítási csomag módosítása esetén a szolgáltatási igény bejelentésének időpontjában érvényes biztosítási csomag alapján szolgáltat a biztosító.

4.11. A Biztosítotti nyilatkozat visszavonása

4.11.1. A Társzerződő a Csoportos Biztosításhoz tett csatlakozási nyilatkozatát – az általa megnevezett Biztosítottak vonatkozásában is - az Alkuszhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a biztosítottra vonatkozó évfordulóra visszavonhatja.

4.11.2. A csatlakozási nyilatkozat visszavonása költség- és díjmentes.

5. A biztosítás területi hatálya

5.1. A biztosító a szolgáltatásait Magyarország területén nyújtja.

6. A kockázatviselés tartama

6.1. Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdete

6.1.1. A kockázatviselés a Biztosított adatainak Szerződő általi átvételét követő hónap első napján kezdődik, ha:

6.1.1.1. a csatlakozás a Szerződő által elfogadásra került, és ezt a Szerződő írásban 5 munkanapon belül a Társzerződőnek és a Biztosítottnak megerősítette és

6.1.1.2. a biztosítás első havi díja a Biztosított adatainak Szerződő részére történő átadását követő 5 munkanapon belül a Társzerződő által megfizetésre került.

Ez a nap egyben a biztosítottra vonatkozó biztosítási évforduló napja is.

6.1.2. Ha a csatlakozás elfogadásra kerül, a Szerződő köteles a biztosítás első havi díját legkésőbb a Biztosított adatainak átvételét követő 5. munkanapon áthárítani a Társzerződőre és a Társzerződő által megadott bankszámlát a biztosítás havi díjával megterhelni. Ha a Bank a fenti kötelezettségnek nem tesz eleget, a Biztosított kockázatviselése a 6.1.1. pont szerint (Biztosított adatainak a Szerződő általi átvételét követő hónap első napján) kezdetét veszi, és a Szerződő köteles minden tőle telhetőt megtenni, hogy Társzerződő által megadott bankszámlát a biztosítás havi díjával megterhelje.

7. A kockázatviselés megszűnése

7.1. Az összes biztosított vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik a Csoportos biztosítási keretszerződés megszűnésének a napján 24.00 órakor vagy a Csoportos Biztosítási szerződés megszűnésének a napján 24.00 órakor. A Csoportos Biztosítási szerződés megszűnése esetén a Szerződő köteles tájékoztatni a Biztosítottakat a biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselésének megszűnéséről. A biztosítási szerződés megszűnése a megszűnés előtt bejelentett ellátások megszervezését és kifizetését nem érinti.

7.2. A Biztosító kockázatviselése megszűnik adott Biztosítottra vonatkozóan az alábbi esetekben:

7.2.1.a Biztosított halála esetén,

7.2.2. annak a biztosítási év utolsó napjának 24. órájával, amelyben a Biztosított 70. életévét betöltötte,

7.2.3. amennyiben a Társzerződő Szerződővel fennálló bankszámlaszerződésre vonatkozó jogviszonya megszűnik, a díjjal fedezett hónap utolsó napjának 24.00 órákor.

7.2.4. amennyiben a Társzerződő a biztosítási díj esedékességét követő 60. nap 24.00 óráig a Szerződő részére a Szerződő által áthárított biztosítási díjat nem fizeti meg, a biztosítási díj esedékességét követő 61. nap 00.00-kor,

8. A biztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

8.1. A Szerződő, Társzerződő joga és kötelezettsége (közlési kötelezettség)

8.1.1. A Szerződő, Társzerződő és a Biztosított a szerződés létrejöttékor 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. A Társzerződőnek a Biztosítottakra vonatkozó változás-bejelentést a Szerződőnél kell megtennie.

8.2. A Biztosító joga és kötelezettsége

8.2.1. A közlési kötelezettség vagy a változás bejelentési kötelezettség megsértése esetében a biztosító teljesítési kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetve a szerződés megkötésétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig, illetve a változás bejelentési határidő leteltét követő naptól 5 év eltelt.

8.2.2. A Biztosító kárrendezési szerveivel szemben a Biztosítottat az orvosi titoktartás alóli felmentés érdekében külön nyilatkozattételre hívja fel.

9. A biztosítási díj

9.1. A biztosítási díj a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melynek megfizetésére a Társzerződő köteles. A Szerződő az általa megfizetett díjat áthárítja a Társzerződőre. A Társzerződő köteles a továbbhárított biztosítási díjat megfizetni.

9.2. A biztosítás havi díjfizetésű, a Társzerződő a rá áthárított biztosítási díjat előre fizeti meg.

9.3. A Társzerződő által az áthárított biztosítási díj megfizetése oly módon történik, hogy a Szerződő havonta megterheli a Társzerződő Szerződőnél vezetett bankszámláját az esedékes biztosítási díj összegével. A biztosítási díj áthárításának napja (bankszámla megterhelésének napja): minden hónap 2. vagy 3. munkanapja.

10. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki:

- 10.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll harci eseményben vagy más háborús cselekményben valamely fél mellett történő aktív részvétellel vagy az állam elleni bűncselekményben való részvétellel. 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 határozott célú hadicselekményei (pl. csak légi csapás vagy csak tengeri akció), kommandó támadás, terrorcselekmény. (A kommandó támadás és a terrorcselekmény esetén nem minősül háborús cselekményben való aktív részvételnek, ha a biztosított az áldozatok érdekében lép fel.) E szerződés szerint állam elleni bűncselekmény az, amit a Büntető Törvénykönyv annak minősít, így különösen: lázadás, kémkedésrombolás.
- 10.2. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény atomkarak (nukleáris hasadás vagy fúzió, nukleáris reakció, radioaktív izotópok sugárzása, ionizáló vagy lézersugárzás, valamint ezek szennyezése) folytán következik be.
- 10.3. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény a Biztosított alkoholos állapotával, bódító-, kábító- vagy hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztásával, toxikus anyagok rendszeres szedése miatti függőségével összefüggésben következett be.
- 10.4. 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).
- 10.5. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll:
- 10.5.1. a terhesség ideje alatt és a szülés, valamint a szülést követő egy éven belül bekövetkező egészségkárosodás következményeivel abban az esetben, ha a fogamzás a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdete előtt történt (a fogamzás időpontja alatt a szüléstől visszafelé számított 270. napot kell érteni);
 - 10.5.2. az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással;
 - 10.5.3. olyan orvosi beavatkozással, amelynek célja esztétikai változtatás, kozmetikai kezelés.
- 10.6. A Biztosító nem szervezi meg az egészségügyi ellátást, és annak költségét nem téríti meg az alábbi esetekben:

- 10.6.1. az orvosi javaslat nélküli egészségügyi ellátási igény esetén, kivéve a járóbeteg ellátást ,
 - 10.6.2. amennyiben az orvosi javaslat nem tartalmazza az orvos pecsétjét,
 - 10.6.3. amennyiben az orvosi képkötő diagnosztikai vizsgálatra szóló orvosi javaslatot nem szakrendelő orvos állítja ki. A háziorvos által kiállított javaslatot / beutalót a biztosító még abban az esetben sem fogadja el, ha a háziorvos szakorvosi feladatokat is elláthat,
 - 10.6.4. amely ellátás igénybevétele nem az ellátásszervezőn keresztül történt.
- 10.7. A Biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:**
- 10.7.1. sürgősségi okból, életveszély elhárítása céljából,
 - 10.7.2. az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység miatt,
 - 10.7.3. katasztrófa miatti ellátás,
 - 10.7.4. járványügyi érdekből végzett ellátásokkal kapcsolatban,
 - 10.7.5. tudógyógyászati gondozás,
 - 10.7.6. addiktológiai gondozás,
 - 10.7.7. alkoholológiai gondozás,
 - 10.7.8. drogbeteg-ellátás, gondozás,
 - 10.7.9. foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
 - 10.7.10. akupunktúrás kezelés,
 - 10.7.11. fogászati szakellátás,
 - 10.7.12. lézeres körömgomba-eltávolítás,
 - 10.7.13. lézeres látásjavító műtétek,
 - 10.7.14. szemlencse beültetés,
 - 10.7.15. geriátriai kezelés, gondozás,
 - 10.7.16. dialízis kezelés,
 - 10.7.17. digitális dermatoscopia,
 - 10.7.18. visszér betegség injekciós kezelése (scleroterápia),
 - 10.7.19. bármilyen visszérműtét,
 - 10.7.20. nemibeteg gondozás,
 - 10.7.21. a meddőség (infertilitás) miatt végzett vizsgálatok,
 - 10.7.22. pszichiátriai kezelés,
 - 10.7.23. gyógypedagógiai kezelés,
 - 10.7.24. fizio- és mozgásterápiás kezelés,
 - 10.7.25. intenzív betegellátás,
 - 10.7.26. klinikai onkológiai gondozás
 - 10.7.27. HIV-betegek gondozása,
 - 10.7.28. Hepatitis C betegek gondozása,
 - 10.7.29. aneszteziológiai ellátás keretében.
- 10.8. Az alábbi ellátásokra nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése a Járóbeteg-szakellátás és az Orvosi képkötő diagnosztika biztosítási események kapcsán:**
- 10.8.1. a kötelező anya- és gyermekvédelmi feladatokkal kapcsolatban, melyen a jogszabályból eredő kötelező védőoltásokat és szűréseket kell érteni,

- 10.8.2. terhesség ideje alatt a biztosító összesen 4 nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatot térít, ebbe beleértendő a vizsgálatához tartozó UH vizsgálat (sima UH) is, maximum az éves limit erejéig.
- 10.9. A Biztosító nem vállal fedezetet, amennyiben az Egynapos sebészeti ellátásra az alábbiakból eredően kerül sor:
- 10.9.1. Sterilisatio laparoscopica feminae
 - 10.9.2. Sterilisatio laparoscopia kapocccsal
 - 10.9.3. Sterilisatio laparoscopia gyűrűvel
 - 10.9.4. Sterilisatio laparoscopia monopol. Elektródával
 - 10.9.5. Sterilisatio laparoscopia bipol. Elektródával
 - 10.9.6. Extrauterin graviditas laparoscopos műtete
 - 10.9.7. Laparoscopos embryo aspiratio, salpingotomiából
 - 10.9.8. Terhességmegszakítás intraamniális gyógyszerrel
 - 10.9.9. Terhességmegszakítás extraamniális gyógyszerrel
 - 10.9.10. Méhen kívüli terhességbe adott inj., laparoscopos interruptio vacuummal
 - 10.9.11. Interruptio Hegar tágitással, curettage-zsal
 - 10.9.12. Interruptio laminaria tágitással
 - 10.9.13. Gyógyszerrel végzett interruptio befejezése
 - 10.9.14. Meddőséggel kapcsolatos beavatkozások
 - 10.9.15. Művi megtermékenyítés
 - 10.9.16. Szépsészeti okból végzett plasztikai műtetek.
11. A Biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól
- 11.1. A Biztosító mentesül a szolgáltatási összeg kifizetése alól abban az esetben, ha a biztosítási eseményt a Biztosított jogellenesen súlyosan gondatlanul okozta
- 11.2. A Biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha:
- 11.2.1. a biztosítási esemény rendszeres alkoholfogyasztás miatt, illetve esetleg a Biztosított súlyos fokú alkoholos befolyásoltságával okozati összefüggésben (2,6 ezreléket elérő vagy meghaladó) történt,
 - 11.2.2. 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.
- 11.3. A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha:
- 11.3.1. biztosítási esemény okozati összefüggésben áll a Biztosított öngyilkossági kísérletével, még akkor is, ha az a Biztosított zavart tudatállapotában következett be,
 - 11.3.2. a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán vagy azzal összefüggésben jön létre.
- 11.4. A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése esetén a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettség alól, kivéve, ha bizonyítást nyer, hogy:
- 11.4.1. a Biztosító az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosítási esemény előtt már ismerte vagy
 - 11.4.2. az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.
 - 11.4.3. Azt, hogy valamelyik fennáll, annak kell bizonyítani, aki erre hivatkozik.

12. A Biztosító szolgáltatása

12.1. Járóbeteg-szakellátás

12.1.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül bekövetkező váratlan betegsége miatt szükségessé váló egészségügyi ellátása, mely ellátás járóbeteg-szakellátás vagy házivizit keretén belül valósul meg, amennyiben az orvosilag indokolt és szükséges, valamint az ezen ellátás alapján szükségessé váló gyógyszerek felírása. **A biztosítás kizárólag az első szakorvosi vizsgálat költségeire nyújt fedezetet olyan tünetek és megbetegedések esetén, melyek a kockázatviselés kezdetekor, vagy azt megelőzően fennálló megbetegedéssel kapcsolatosak. Az ilyen betegségek és tünetek miatt szükséges laboratóriumi, képalkotó vagy egyéb diagnosztika és gyógykezelés költségeit a biztosítás nem fedezi.**

12.2. Egynapos sebészeti ellátás

12.2.1. Biztosítási eseménynek minősül a Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül előzmény nélkül bekövetkezett betegsége miatt szükségessé váló olyan 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 szolgáltatásának feltétele, hogy a Biztosított a szakorvostól beutalóval vagy orvosi javaslattal rendelkezzen ezen ellátásra.

12.3. Orvosi képalkotó diagnosztikai vizsgálatok

12.3.1. 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 bekövetkezett, szakorvos által, vizsgálati leletekkel dokumentáltan megállapított betegsége miatt van szükség. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy a Biztosított a szakorvostól beutalóval vagy orvosi javaslattal rendelkezzen ezen vizsgálatok elvégzésére.

12.3.1.1. PET-CT (pozitron-emissziós tomográfias 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.

12.3.1.2. Cardio-CT (tomográfias 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.

12.3.1.3. MR (mágneses rezonancia diagnosztika)

A Biztosított olyan betegségei miatt szükségessé váló orvosi diagnosztikai vizsgálat, mely elsősorban a koponya, a gerinc, az ízületek, a hasi és kismedencei szervek, valamint az erek és a szív betegségeinek diagnosztikáját segítik elő.

12.3.1.4. 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.

12.4. Szűrővizsgálat

12.4.1. A Biztosító a Biztosított egészségi állapotának felmérése céljából – a biztosítási csomagnak megfelelő szűrővizsgálatok elvégzését szervezi meg és viseli ezek költségét. A szűrőcsomag vizsgálatai biztosítási évente egy alkalommal vehetők igénybe.

12.4.2. Közepes szűrővizsgálati csomag

- 12.4.2.1. belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- 12.4.2.2. nyugalmi EKG
- 12.4.2.3. laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, triglicerid, teljes vizeletvizsgálat és üledék.

12.4.3. Személyre szabott szűrővizsgálati csomag

- 12.4.3.1. Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat
- 12.4.3.2. Nyugalmi EKG
- 12.4.3.3. Hasi és kismedencei áttekintő ultrahang vizsgálat
- 12.4.3.4. Mellkas röntgen (egyirányú)
- 12.4.3.5. Laboratóriumi vizsgálatok: teljes vérkép, vércukor, koleszterin, LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, GPT, GOT, GGT, bilirubin, húgysav, kreatinin, karbamid, kálium, nátrium, teljes vizeletvizsgálat és üledék
- 12.4.3.6. Nőgyógyászati szűrővizsgálat
- 12.4.3.7. Urológiai szűrővizsgálat
- 12.4.3.8. fogászati szűrővizsgálat (csak Budapesten, tartalma: orvosi vizsgálat, kezelési terv, panoráma röntgen)

12.5. A Biztosító további szolgáltatása

12.5.1. A járóbeteg szakellátás vagy az egynapos sebészeti ellátás vagy az orvosi képzőképző diagnosztikai eljárás vagy a szűrővizsgálatot követő további szolgáltatások megszervezésének és a Biztosító költségvállalásának feltétele -kivéve a 12.5.2. pontban meghatározott ellátásokat-, hogy a Biztosított – egészségi állapotának további vizsgálata vagy egészségének megőrzése érdekében az előbbi vizsgálatokat végző orvosa, magánorvos vagy egyéb szakorvosi vizsgálat alapján indikált esetben – rendelkezzen a további egészségügyi ellátáshoz szükséges (szak)orvosi javaslattal. A biztosítás fedezi ennek megszervezését és a vizsgálatot is, ha a Biztosított igényli, de a Biztosító elfogadja a háziorvosi beutalót is. A Biztosító szolgáltatásának további feltétele, hogy az ellátásra vonatkozó igényt az ellátásszervező jelen Biztosítási Feltételek alapján megalapozottnak minősítse.

12.5.2. A 12.1-12.4. pontokban meghatározott szolgáltatásokat követően az alábbi szakellátások orvosi javaslat nélkül is igénybe vehetők:
szemészet, gégyészet, bőrgyógyászat, urológia, általános sebészet, nőgyógyászat és tüdőgyógyászat.

12.6. Biztosítási szolgáltatás igénylése

12.6.1. A biztosítási szolgáltatások valamelyikének igénylésekor ellátási igényét a Biztosított telefonon bejelenti az ellátásszervezőnek, aki munkanapokon áll rendelkezésre, és a bejelentést követő öt munkanapon belül megszervezi az első ellátást, vizsgálatot a Biztosított és az orvos között. Amennyiben az orvos ezt követően további vizsgálatokat rendel el, azokat szintén az ellátásszervező által megszervezett időpontban veheti igénybe a Biztosított, amennyiben az ellátást az ellátásszervező is indokoltnak ítéli és a Biztosított még nem használta el az adott kockázatra vonatkozó éves limitjét. A telefonbeszélgetések visszakereshető formában rögzítésre kerülnek.

12.6.2. **A már egyeztetett időpontot a Biztosított csak egyszer módosíthatja, illetve mondhatja le, legkésőbb a vizsgálat időpontját megelőző 24. óráig.**

Amennyiben a lemondás avagy időpont módosítás 24 órán belül történik, vagy a Biztosított adott időben a vizsgálaton nem jelenik meg, úgy a Biztosító a vizsgálat árának 50%-át a Biztosított éves keretéből levonja továbbá ugyanezen vizsgálat ismételt megszervezése legkorábban 3 hónap elteltével kérhető.

12.6.3.

12.6.4. Az ellátásszervezővel szerződött szolgáltató esetén a szolgáltatás költségeit teljes egészében – a rendelkezésre álló éves limit erejéig – megtéríti a Biztosító az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak az Egészségügyi dokumentáció hiánytalan beérkezését követően.

12.6.5. Az ellátásszervező köteles tájékoztatni a Biztosítottat az adott ellátásra vonatkozó éves limitből rendelkezésére álló összegekről a biztosítási szolgáltatás igénylésének bejelentkezéskor.

12.6.6. 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, a Biztosító nevére kiállított számla ellenében téríti meg a Biztosított részére az éves limit erejéig bankszámlára történő átutalás útján 15 napon belül a Biztosított részére az éves limit erejéig.

12.6.7. 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, a számla beérkezését követő 15 napon belül.

12.6.8. Szűrővizsgálat igénybevételénél az ellátásszervező megszervezi 5 munkanapon belül a Biztosított számára a vizsgálatok elvégzését, melynek helyéről és időpontjáról értesíti a Biztosítottat.

12.6.9. A Biztosító teljesítéséhez szükséges dokumentumok

12.6.9.1. A teljesítés feltétele, hogy a Társszerződő részéről a biztosítási díj megfizetésre kerüljön.

12.6.9.2. Az ellátásszervezőn keresztül közvetlenül a szolgáltatónak történő Biztosító teljesítéséhez szükséges az egészségügyi szolgáltató által elkészített, 2. 11. pontnak megfelelő tartalmú, a Biztosított ellátására vonatkozó Egészségügyi dokumentáció, melyet a szolgáltató küld meg az ellátásszervező részére.

12.6.9.3. Ha Biztosított az éves limitjének 90%-át már felhasználta vagy ellátásszervezővel nem szerződött egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe az ellátást a Biztosító teljesítéséhez a Biztosító nevére kiállított eredeti számla szükséges.

12.7. Egyéb szolgáltatások

12.7.1. Második orvosi vélemény

12.7.1.1. A Második orvosi vélemény alatt a Biztosított által az ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségre vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvosszakértő által készített orvosi távszakvéleményt kell érteni.

12.7.1.2. A szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:

Hozzáférés nemzetközi orvosszakértők szaktudásához, elismert orvosszakértők és kórházak nemzetközi hálózata felhasználásával az ellátásszervező kiváasztja az ismert külföldi szakorvosokat a második orvosi vélemény céljából hozzá betérjesztett minden esetben. 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.

12.7.1.3. A jelen feltételekben ismertetett második orvosi véleményt az ellátásszervező az alábbi betegségek esetén nyújtja:

- a) az életet fenyegető rákos megbetegedés (rosszindulatú daganat);
- b) szívbetegségek, beleértve a szív és érsebészetet;
- c) szervátültetések;
- d) neurológiai és idegsebészeti betegségek, beleértve az agyérkatasztrófát
- e) veszületett betegségek és rendellenességek;
- f) az idegrendszer degeneratív betegségei és demyelinizáció;
- g) a veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és problémák;
- h) az életet fenyegető betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás.

12.7.1.4. A felsoroltakon kívüli betegségek esetén az ellátásszervező a második orvosi vélemény nyújtása/megtagadása tekintetében kizárólagos mérlegelési jogosultsággal bír.

12.7.2. Orvosi call center igénybevétele

12.7.2.1. A Biztosító a jelen feltételek alapján a biztosított számára egészségügyi szolgáltató és ellátásszervező (továbbiakban: szolgáltató) 24 órás egészségügyi információs szolgáltatást nyújt.

12.7.2.2. A szolgáltatás célja, hogy szakorvosok telefonon, laikusoknak szóló, egészségmegőrzéssel kapcsolatos információkat szolgáltatassanak a Biztosítottaknak. 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 ügyeleteről,
- d) tájékoztatás ügyeletés gyógyszerterákról,

- i) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.
- 12.7.2.3. A 24 órás szolgáltatást a Biztosított 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 vizsgálatát. 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.

13. Az ellátásszervező felelőssége

- 13.1.** Az ellátásszervező orvosilag 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 ismételten, az előző ugyanolyan beavatkozáshoz képest orvosilag indokolatlanul rövid időn belül kívánnak ismét elvégezni. Ugyancsak ezek közé tartoznak azok a beavatkozások, amelyek orvosi szükségességét a javaslatot tevő orvos igazolni nem tudja. Úgyszintén megtagadhatja az ellátásszervező az ellátás megszervezését olyan esetben is, amikor ugyan nem szükséges orvosi javaslat a szakellátás igénybevételéhez, de azt az ellátásszervező orvosilag nem tartja indokoltnak.
- 13.2.** 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.
- 13.3.** 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.
- 13.4.** A Biztosító ellátásszervező és egészségügyi szolgáltató partnere jelen biztosítási szerződés vonatkozásában: Advance Medical Hungary

14. Szolgáltatási limit

- 14.1.** A Biztosító biztosítási csomagonként éves szolgáltatási limitet határoz meg, melynek mértékét a CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek és biztosítási díjak fejezet tartalmazza.

15. Adatkezelés, biztosítási titok

- 15.1.** Személyes adat az olyan adat, adatból levonható következtetés, mely kapcsolatba hozható egy meghatározott (azonosított vagy azonosítható) természetes személlyel (a továbbiakban: érintett). Ha a személyes adat egészségügyi állapotra, kóros szenvedélyre, illetve szexuális életre vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül,

- és kizárólag az érintett írásos hozzájárulása alapján kezelhető. Az adatszolgáltatás önkéntes, de egyes személyes adatok közlése nélkülözhetetlen a biztosítási szerződés létrejöttéhez.
- 15.2.** A Biztosító jogosult az ügyfelek jogszerűen tudomására jutott adatait, ideértve a különleges adatokat is az információs önrendelkezési jogáról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info törvény) rendelkezései szerint, a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvényben (a továbbiakban: Bit.) foglaltakkal összhangban kezelni.
- 15.3.** A Biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a Biztosító a 15.5. pontban meghatározott célból, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- 15.4.** A Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatás teljesítéséhez szükséges – banktitoknak minősülő – adatokat kezelni. Az adatok továbbítására a Bit. rendelkezéseiben meghatározott módon, a Biztosított, Számlatulajdonos hozzájárulása alapján kerülhet sor.
- 15.5.** A Biztosító a Szerződő, Biztosított illetve kedvezményezett személyes adatait a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben vagy a Bit. által meghatározott egyéb célból kezeli.
- 15.6.** A Biztosító a személyes – és azon belül a különleges – adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződésekkel kapcsolatban is csak addig kezelheti a tudomására jutott adatokat, amíg a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Telefonon történő panaszkezelés esetén a szolgáltató és az ügyfél közötti telefonos kommunikációt a szolgáltató hangfelvétellel rögzíti, és a hangfelvételt egy 5 megőrzi. A Biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- 15.7.** Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse gyakorolhatja.
- 15.8.** Az ügyfél adatait kizárólag a Biztosító erre feljogosított munkatársai, megbízott biztosításközvetítői, illetve a Biztosító részére külön szerződés keretében adatfeldolgozási- vagy kiszervezett tevékenységet végző személyek, szervezetek ismerhetik meg, a Biztosító által meghatározott terjedelemben és a tevékenységük végzéséhez szükséges. A Biztosító kötelezettséget vállal arra, hogy megfelelő technikai adatvédelemmel, nyilvántartással rendelkezik, amely megvalósítja a biztosítási titok védelmét.
- 15.9.** A Biztosító köteles a tudomására jutott adatokat megőrizni és a Bit. szerint biztosítási titokként kezelni. Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó – a Biztosító rendelkezésére álló adat, mely a Biztosító egyes ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vagy a Biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
- 15.10.** 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.
- 15.11.** Amennyiben kiszervezett tevékenység keretében a Biztosító az ügyfeleinek személyes adatát is továbbítja a kiszervezett tevékenységet végző személyekhez, úgy a kiszervezett

tevékenységet végző a Biztosító adatfeldolgozójának minősül és titoktartási kötelezettség terheli. Adatfeldolgozási tevékenységet kizárólag erre irányuló megbízási szerződés alapján, kiszervezett tevékenység keretében jogosultak harmadik személyek végezni.

15.12. A Biztosító az érintett személyes (és különleges) adatait, továbbá biztosítási titoknak minősülő adatait kizárólag az érintettől vagy annak törvényes képviselőjétől kapott írásos hozzájárulás alapján továbbíthatja harmadik személynek, kivéve, ha az adattovábbítás a Bit. által felsorolt szervezetek számára jogszabály alapján végzett megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során történik.

15.13. A titoktartási kötelezettség nem áll fenn:

- a) feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- b) a nyomozás elrendelését követően a nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási határozatok bírósági felülvizsgálata során eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a természetes személyek adószágregisztrációs eljárásában eljáró főhitelezővel, családi csődvédelmi szolgálattal, családi vagyonfelügyelővel, bírósággal,
- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi, illetve biztosítási szerződésből eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség esetén az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- l) az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- m) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátáshoz szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- n) 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,
- o) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- p) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal, szemben, ha az a)–j) pontokban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy az n)–p) pontokban 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.

15.14. A továbbított személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatok vagy az Info. törvény szerint különleges adatnak minősülő adatok esetén 20 év elteltével a Biztosító köteles törölni.

- 15.15.** A Biztosító illetve a Szerződő a nyomozó hatóság, a nemzetbiztonsági szolgálat és az ügyészség írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet:
- a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel való visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel való visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal való visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel való visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerrel való visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bűnszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- 15.16.** A Biztosító az ügyfelet nem tájékoztathatja a nyomozó hatóság és ügyészség, a nemzetbiztonsági szolgálat, valamint a külön törvényben meghatározott feltételek esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szerv részére történő adattovábbításról.
- 15.17.** A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a Biztosító, biztosításközvetítő és a biztosítási szaktanácsadó az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- 15.18.** A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha:
- a) a magyar bűnüldöző szerv – nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a Biztosítótól,
 - b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól.
- 15.19.** Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
- a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - b) fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája) szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- 15.20.** Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a Biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:
- a) ha az ügyfél ahhoz írásban hozzájárult, vagy

b) ha – az ügyfél hozzájárulásának hiányában – az adattovábbításnak törvényben meghatározott adatköre, célja és jogalapja van, és a harmadik országban a személyes adatok védelmének megfelelő szintje az Infotv. 8. § (2) bekezdésében meghatározott bármely módon biztosított.

15.21. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamban történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

15.22. Az érintett a biztosító adatkezelésével kapcsolatosan az alábbi jogokkal élhet:

- a) tájékoztatás kérése,
- b) helyesbítés,
- c) törlés,
- d) zárolás,
- e) nyilvánosságra hozatal.

15.23. Amennyiben a biztosítási szerződés feltétele a leendő ügyfél orvosi vizsgálata, akkor az ügyfél az elvégzett vizsgálatok eredményeit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatónál ismerheti meg.

15.24. Az Infotv. értelmében a jogszabályban meghatározott esetekben az érintett tiltakozhat személyes adatainak kezelése ellen. A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentéseket a törvény előírása szerint kivizsgálni és a kérelmezőt írásban tájékoztatni. Az érintett jogainak megsértése esetén az adatkezelővel szemben bírósághoz fordulhat. A biztosító, mint adatkezelő köteles megtéríteni az érintett igazolt kárát is, amennyiben azt jogellenes adatkezeléssel, vagy a technikai adatvédelem követelményeinek megszegésével okozta.

15.25. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz az e biztosító által kezelt alábbiakban részletezett adatok vonatkozásában:

- a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatok;
- b) a biztosított személy adatfelvételi, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatok;
- c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi élet-, baleset-, betegségbiztosítási eseményekre vonatkozó adatok;
- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatok; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatok.

A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a Bit-ben meghatározott időpontig kezelheti. A biztosító a fentiek szerinti megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az érintett ügyfelet évente legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél sérelmére az Info tv-ben szabályozott módon tájékoztatja.

15.26. A Biztosító adatkezelési nyilvántartási száma: NAIH-57651/2012

16. Jognyilatkozatok

- 16.1.** A Biztosító nyilatkozatait írásban juttatja el a Szerződőnek. Társ Szerződőnek illetve a szolgáltatási igény bejelentése esetén a Biztosítottnak az általuk megadott, és a Biztosító által ismert utolsó értesítési címre.
- 16.2.** A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályságnak tekinteni, ha azokat írásban juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.

17. Elévülés

- 17.1.** A szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el.

18. A kapcsolattartás és az ügyféltájékoztatás nyelve

- 18.1.** A Biztosító és a Szerződő kapcsolattartása, valamint a Biztosítottak tájékoztatása magyar nyelven történik.

19. Alkalmazandó jog, eljáró bíróságok

- 19.1.** Jelen biztosítási szerződésre vonatkozóan a magyar jog rendelkezései az irányadóak. A felek a biztosítási szerződésből, valamint a biztosított jogviszonyokból eredő jogviták eldöntésére az általános hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulnak. Az eljárások nyelve magyar.

20. Vitás kérdések rendezése

- 20.1.** A Szerződőnek, Társ Szerződőnek, Biztosítottak és a Biztosítónak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy közvetlen tárgyalások útján rendezzenek minden olyan nézeteltérést vagy vitát, mely közöttük a feltétel keretében vagy a feltétellel 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.

- 20.2.** A Biztosító szolgáltatásával kapcsolatban felmerült panaszokat a Biztosító részére kell bejelenteni:

a) írásban vagy telefonon az alábbi elérhetőségen:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

(1082 Budapest, Baross u. 1.

tel.: (+36-1) 486-4343)

b) személyesen az alábbi címen:

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

Központi Ügyfélszolgálati Iroda

(1134 Budapest, Váci út 33.)

- 20.3.** A Biztosító a szerződéskötést, csatlakozást követően fenti elérhetőségeinek változását az internetes honlapján közlésezi.

- 20.4.** Ha a biztosítási szolgáltatással kapcsolatos esetleges panasz a Szerződőhöz érkezik be, a Szerződő a Biztosítottakat a Biztosítóhoz irányítja.
- 20.5.** A Biztosító az írásbeli panasszal kapcsolatos, indokolással ellátott álláspontját a panasz közlését követő harminc napon belül megküldi az ügyfélnek.
- 20.6.** A Biztosító felügyeleti szerve: Magyar Nemzeti Bank
(1054 Budapest, Szabadság tér 8-9; központi telefonszáma: (+36-1) 428-2600)

20.7. Jogok érvényesítésének egyéb fórumai

- 20.7.1.** Amennyiben a Biztosított a biztosítóhoz benyújtott panaszára adott válasszal nem ért egyet, úgy
- a) a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNB tv.) szerinti fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására irányuló panasz esetén a Magyar Nemzeti Bankhoz fordulhat (levelezési címe: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP Postafiók: 777; helyi tarifával hívható kék szám: (+36-80) 203-776; web: felugyelet.mnb.hu; e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu);
- b) a szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos panasz esetén a fogyasztó a Pénzügyi Békéltető Testület előtt kezdeményezhet eljárást (levelezési cím: H-1525 Budapest BKKP Pf. 172;
Telefon: (+36-1) 489-9100; e-mail: pbt@mnb.hu), vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.
- 20.7.2.** A biztosítási szerződésből eredő igények közvetlenül bírósági úton is érvényesíthetők. A panaszügyintézés nem helyettesíti a peres eljárást.

21. Eltérés a szokásos szerződési gyakorlattól ill. a Ptk. rendelkezéseitől

- 21.1.1. A CIB Egészségőr Biztosítási Feltételei az alábbi pontokon lényegesen eltérnek a Polgári Törvénykönyv vonatkozó rendelkezéseitől:**
- 21.1.1.1.** a Biztosított nem jogosult a szerződésbe belépni,
- 21.1.1.2.** a szolgáltatási igény a kockázatviselési időszakon belül bekövetkezett biztosítási események esetében a biztosítási esemény bekövetkeztétől számított egy év elteltével évül el. (17. pont)

22. Egyebek

- 22.1.** A tényleges egészségügyi ellátást a 2.15. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltató nyújtja, melynek tevékenységére és felelősségére az egészségügyi törvény rendelkezései alkalmazandók, az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből felmerülő károkért a szolgáltató, és nem a Biztosító tartozik helytállni.
- 22.2.** 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.

- 22.3.** A Biztosító a fizetőképességéről és a pénzügyi helyzetéről készült jelentést 2017. évtől a törvényi rendelkezésnek megfelelő módon és időben honlapján ([www. unionbiztosito.hu](http://www.unionbiztosito.hu)) teszi közzé.

23. A biztosítási feltétel módosítása

- 23.1.** A Biztosító és a Szerződő, Társzerződő közös megegyezéssel írásbeli megállapodásban jogosultak a Biztosítási Feltételt módosítani.
- 23.2.** A Társzerződő a Biztosítási Feltétel módosításáról köteles a Biztosítottakat tartós adathordozón és hirdetményi úton a módosítás hatályba lépése előtt, kedvezőtlen módosítás esetében legalább 30 nappal, kedvező vagy nem kedvezőtlen módosítás esetében a hatályba lépés előtt értesíteni.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

III. CIB Egészségőr biztosítás kiegészítéseként választható Hope Plusz kiegészítő biztosítási csomagra vonatkozó Különös Biztosítási Feltételek

A Hope Plusz kiegészítő biztosítást a biztosított a CIB Egészségőr csoportos biztosítás alapsomagjai kiegészítéseként választhatja. Jelen feltételek tartalmazzák a CIB Egészségőr biztosítás alapsomagjai mellé kiegészítő biztosításként választható Hope Plusz biztosítás feltételeit. Jelen biztosítási feltételekben nem szabályozott kérdésekben a CIB Egészségőr Biztosítási Feltételek lakossági bankszámlához feltételek az irányadók.

1. A biztosított

- 1.1. Az a természetes személy, aki a CIB Egészségőr csoportos biztosítás biztosítottjaként szerepel és adatainak Társzerződő részére történő átadásakor az életkora a 18. évet elérte, de nem haladta meg a 65. évet.
- 1.2. Nem lehet biztosított olyan személy, akinél a kockázatviselés kezdetét megelőzően bármikor már invazív rosszindulatú daganatot diagnosztizáltak.
- 1.3. Egy biztosítottra csak egy rosszindulatú daganatos betegség bekövetkezésére szóló, havi járadékfizetési szolgáltatást tartalmazó kiegészítő biztosítás köthető.
- 1.4. Amennyiben szolgáltatási igény bejelentésekor derül ki, hogy a biztosítottal nem választhatta volna ezt a biztosítást, a biztosító visszafizeti a szerződőnek a kiegészítő biztosításra befizett díj 100%-át, melyet szerződő köteles a tárbiztosított részére visszafizetni.
- 1.5. A kiegészítő biztosítás megszűnik a 18 havi biztosítási járadékszolgáltatás kifizetésével, és a járadékfizetés megkezdését követően a biztosító már nem áll kockázatban.

2. A biztosítás megszűnése

- 2.1. A kockázatviselés megszűnik a CIB Egészségőr Biztosítási Feltételekben foglaltakon túlmenően:
 - 2.1.1. a biztosított 70. életévének betöltését követő első biztosítási évforduló napján,
 - 2.1.2. a CIB Egészségőr biztosításra vonatkozó kockázatviselés megszűnése esetén azzal egyidejűleg,
 - 2.1.3. a biztosítási szolgáltatás teljesítésével.
- 2.2. Az 2.1.3. pontban foglalt esetben ugyanilyen biztosítási eseményre szóló biztosítás újra nem köthető.

3. A biztosítás díja

- 3.1. A biztosítás díja a CIB Egészségőr díjával együtt fizetendő.

4. A biztosítási esemény

- 4.1. Biztosítási esemény a biztosítottnak a kockázatviselés időszaka alatt bekövetkezett rákos megbetegedése (rosszindulatú daganata) és az arra irányuló, a jelen feltétel 4.5. pontjában meghatározott kezelések megkezdése.
- 4.2. **Jelen feltételek szerint kizárólag a kockázatviselési tartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkezett megbetegedés minősül biztosítási eseménynek.**
- 4.3. Rosszindulatú daganat, amelyet a sejtek kontrollálatlan növekedése és terjedése, a szövetek megtámadása és áttétképződés jellemez.
- 4.4. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja: a betegség diagnosztizálásának a kezelőorvos által igazolt időpontja, a szövettani lelet és a megbetegedés nemzetközi tumor csoportba (TNM) sorolása és/vagy az onko-team véleményének dokumentációja alapján.
- 4.5. Jelen feltétel alkalmazásában kezelésnek minősül a hagyományos, szakmailag elismert kezelési módszerek, eljárások és protokollok (sebészi, gyógyszeres, kemoterápia, sugár, biológiai vagy immunterápia) alkalmazása és követése.

5. Kizárt kockázatok

- 5.1. A CIB Egészségőr Biztosítási Feltételekben foglaltakon túlmenően nem biztosítási esemény:
- 5.1.1. minden jóindulatú tumor, amelyet a nemzetközi protokoll annak nevez,
- 5.1.2. Kaposi-szarkóma és más daganatok egyidejűleg fennálló HIV-fertőzés vagy AIDS megbetegedés esetén illetve emberi immunrendszer megbetegedését okozó vírus jelenlétében meglévő daganatok,
- 5.1.3. amennyiben a diagnosztikai vizsgálatok a szerződés kezdetét megelőzően kezdődtek meg.

6. A biztosító szolgáltatása

- 6.1. Amennyiben a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak, a biztosító kifizeti a biztosítottra vonatkozó, egyszeri biztosítási összeget, melyet a CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek című fejezet tartalmaz.
- 6.2. Amennyiben megkezdődik a biztosítottnál a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált rosszindulatú daganatos betegségre irányuló, a 4.5. pontnak megfelelő kezelések valamelyike, a biztosító teljesíti a biztosítottra vonatkozó havi járadékfizetést 18 hónapon keresztül – a kezelés tartamától függetlenül –, de legfeljebb a biztosított haláláig.
- 6.3. Az első havi járadék kifizetése a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges dokumentumok beérkezését követő 15 napon belül kerül sor. A további járadékot minden hónap 15. napjáig fizeti ki a biztosító a biztosítottnak.
- 6.4. Amennyiben a biztosított a járadékfizetés tartama alatt meghal, a biztosító a biztosított halálának hónapját követő hónaptól már nem teljesíti a járadékszolgáltatást.
- 6.5. A szolgáltatás teljesítésére a biztosító csak akkor köteles, ha a biztosítási esemény jelen feltételek szerint történt bejelentésére még a biztosított életében sor került.

7. A biztosító teljesítése

- 7.1. A szerződőnek a biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez a CIB Egészségőr Biztosítási Feltételekben megadottakon kívül az alábbi iratokat kell eljuttatnia a biztosítóhoz:
- 7.1.1. az egyszeri biztosítási összeg kifizetéséhez: az orvosi vizsgálatról szóló, részletes leírást és határozott diagnózist tartalmazó dokumentum (lelettel, zárójelentéssel, onko-team véleménye), amelynek tartalmaznia kell a daganatos betegség rosszindulatúságát igazoló diagnózist és a szövettani leletet vagy utóbbi hiányában a szöveti mintavétel nélkül végzett sebészi beavatkozásról, endoszkópos vagy képalkotó vizsgálatról szóló, az invazív daganatos terjedést egyértelműen kimutató leírást és diagnózist,
- 7.1.2. a havi járadék kifizetésének megkezdéséhez: az onkológus kezelőorvos kezelési tervének és az első kezelés megtörténtéről szóló orvosi dokumentumnak a másolatát,
- 7.1.3. a biztosított halála **esetén** a halotti anyakönyvi kivonat másolatát.

8. Értékkövetés

- 8.1. A Hope Plusz biztosítás nem indexálódik.

9. Egyéb rendelkezések

- 9.1. Jelen biztosítás nem reaktiválható.

UNION Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.

IV. CIB Egészségőr és Hope Plusz biztosítási csomagok és szolgáltatási limitek

I. Alap biztosítási csomagok:

Standard csomagba foglalt szolgáltatások	Éves szolgáltatási limit
24 órás call center	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások	250 000 Ft
Diagnosztikai és labordiagnosztikai vizsgálatok	50 000 Ft
Járóbeteg szakellátás (belgyógyászat, kardiológia, fül-orr-gégészet, ambuláns sebészet, szemészet, allergológia, bőrgyógyászat)	100 000 Ft
Egynapos sebészet	150 000 Ft

Optimum csomagba foglalt szolgáltatások	Éves szolgáltatási limit
24 órás call center	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások	300 000 Ft
Járóbeteg szakellátás (a feltétel X. pontjában felsorolt kizárások kivételével minden szakrendelés*, diagnosztika és labordiagnosztika**)	300 000 Ft
Egynapos sebészet	300 000 Ft
Közepes szűrővizsgálati csomag:	évente egy alkalommal

*bőrgyógyászat legfeljebb évi 100 000 Ft-ig vehető igénybe

**laborvizsgálatok legfeljebb évi 75 000 Ft-ig vehetők igénybe

Prémium csomagba foglalt szolgáltatások	Éves szolgáltatási limit
24 órás call center	korlátlan
Második orvosi vélemény	korlátlan
Orvosi képalkotó diagnosztikai eljárások	korlátlan
Járóbeteg szakellátás (minden szakrendelés*, diagnosztika és labordiagnosztika**)	korlátlan
Egynapos sebészet	korlátlan
Személyreszabott szűrővizsgálati csomag:	évente egy alkalommal

*bőrgyógyászat legfeljebb évi 100 000 Ft-ig vehető igénybe

**laborvizsgálatok legfeljebb évi 100 000 Ft-ig vehetők igénybe

II. Kiegészítő biztosítási csomagok

Kiegészítő Hope Plusz csomag bármelyik (A,B,C) alapsomag mellé:

Ezüst csomag	1 000 000 Ft egyszeri térítés / 50 000 Ft havi járadék
Arany csomag	3 000 000 Ft egyszeri térítés / 150 000 Ft havi járadék