



Ajánlat

Med Help

Betegségbiztosítás

Ügyféltájékoztató

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának aláírása előtt figyelmesen olvassa el Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatókat és a Med Help betegségbiztosítás szerződési feltételeit.

Biztosítónk az UNIQA Biztosító Zrt.,
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76–78.

Felügyeleti szervünk:

Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete,
1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (1535 Budapest, 114., Pf. 777)

A biztosítási szerződés jellemzőire vonatkozó általános ismereteket az Általános Betegségbiztosítási Feltételek (továbbiakban: ÁBeF) és a Med Help betegségbiztosítás különös biztosítási feltételei (továbbiakban KF) tartalmazzák. A szerződési feltételekben szereplő információk könnyebb fellelhetőségét az alábbi összefoglalóval kívánjuk segíteni:

A biztosítási szerződés alanyai

Szerződő: az a személy, aki a biztosítás megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja.

Biztosított: A **biztosított** az a személy, akinek egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítási esemény bekövetkezik

A biztosítási szerződés alanyairól bővebben az ÁBeF 1–4. pontja tájékoztat.

Biztosítási események, szolgáltatások

Biztosítási események:

- a biztosított a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott műtétek;
- a biztosított vagy 1-14. év közötti gyermeke folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése;
- a biztosított a kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett csonttörése;
- a biztosított a kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett bal-esete vagy betegsége miatti, a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen megállapított 100%-os mértékű, tartós munkaképesség-csökkenése (TB I-II. rokkantsági fokozat);
- a biztosított szülése.
- a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, kiemelt kockázatú betegség;

A biztosítási események és szolgáltatások részletes ismertetését a KF 1–7. és 10–17. pontjai tartalmazzák, a kapcsolódó fogalmak magyarázata az ÁBeF 30–41. számú pontjaiban található.

A biztosítás tartama, biztosítási időszak

A biztosítás határozott tartamú. Az **első biztosítási időszak** a szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam, amennyiben a szerződés kezdetének hónapja és napja megegyezik a biztosítási évfordulóként megjelölt hónappal és nappal. Ellenkező esetben az első biztosítási időszak a szerződés kezdetétől a második biztosítási évfordulóig terjedő időtartam.

A további **biztosítási időszakok** a biztosítási évfordulók közötti egy éves időtartamok.

A kockázatviselés kezdete

A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik. A biztosítás az azt követő nap kezdetével lép hatályba, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított 4. napon a biztosító számlájára, illetve pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.

A szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése megszűnik:

- annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján, amikor a biztosított a 65. életévét betölti;
- a díj nemfizetése esetén;
- a biztosított halálával;
- a szerződés felmondása esetén, a felmondás hatályával;
- egyéb, a feltételekben meghatározott esetekben.

A biztosítás díja

A biztosítás első díját az ajánlattételkor kell megfizetni. A folyótartólagos éves díjak minden évben a biztosítási évfordulókon előre esedékesek. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat az éves díj részletekben történő fizetéséhez. A díjfizetéssel kapcsolatos további információk az ÁBeF 42–53. pontjaiban szerepelnek.

Értékkövetés

A biztosító minden biztosítási évfordulón kezdeményezheti az aktuális szolgáltatási összegek és ezzel egyidejűleg a biztosítási díj módosítását. Az értékkövetésre vonatkozó részletes tudnivalók az ÁBeF 54–61. és a KF 18–19. pontjaiban találhatók.

Alkalmazott kizárások, a biztosító mentesülése

A biztosító mentesülését vonja maga után, ha a szerződő vagy a biztosított tudatosan hamis adatokkal, főként betegség színlelésével biztosítási szolgáltatásokat csal ki, vagy próbál kicsalni, vagy ilyen tevékenységben közreműködik, vagy a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézi elő a biztosítási eseményt. A biztosító mentesüléseinek feltételeit, az alkalmazott kizárásokat az ÁBeF 71–77. és a KF 20. pontjai foglalják össze.

A biztosítási szolgáltatások teljesítésének módja, ideje

A szolgáltatás teljesítésének módját az ÁBeF 62–68. pontjai foglalják össze. A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti.

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

- A biztosító jogosult a tudomására jutott, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, és szolgáltatásaival kapcsolatos személyes, egészségi és üzleti adatok kezelésére. A biztosító az adatokat a törvényi előírásoknak megfelelően őrzi, és biztosítási titokként kezeli.
- Az ügyfelek adatait a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – az alábbi szervezetek továbbíthatja: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, nyomozóhatóság és ügyészség, bíróság, bírósági végrehajtó, határátkelési ügyben eljáró közjegyző, adóhatóság, nemzetbiztonsági szolgálat, Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság, titkosszolgálati eszközök alkalmazására felhatalmazott szerv, viszontbiztosító, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző szerv.
- A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosított hozzájárulnak, hogy a biztosító külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő szervezethez továbbíthassa.
- A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos panaszokkal az UNIQA Biztosító Zrt. Vezérigazgatósága (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76–78.) foglalkozik. A szerződő észrevételeivel, panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, illetve a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez (1088 Budapest, József krt. 6.) vagy a békéltető testületekhez, végső soron bírósághoz is fordulhat.
- A biztosítási szerződésből származó igények érvényesítésére indított valamennyi perre kizárólagosan a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.

Köszönjük, hogy társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

Általános betegségbiztosítási feltételek 001

Jelen általános feltételek (ÁBeF) ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76–78.) – továbbiakban: **biztosító** – azon betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

Az itt nem szabályozott kérdésekben a szerződésekhez kapcsolódó különös feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. Amennyiben a szerződéshez tartozó különös biztosítási feltételek eltérnek a jelen általános feltételektől, úgy a különös feltételekben meghatározottak a mérvadók.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A BIZTOSÍTÓ a biztosítási díj ellenében a szerződésben és annak különös feltételeiben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A SZERZŐDŐ az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja.
 - 2.1. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.
 - 2.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** eljuttatják.
 - 2.3. A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosítót tájékoztatni.
3. A BIZTOSÍTOTT az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.
 - 3.1. A szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított **írásbeli hozzájárulása is szükséges**.
 - 3.2. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
 - 3.3. A **biztosított** írásbeli nyilatkozattal – a szerződő írásos beleegyezése esetén – bármikor a **szerződő helyébe léphet**.
 - 3.4. Biztosított személy nem lehet az, aki az ajánlat aláírásakor nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas, baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, vagy munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatóságokhoz.
4. A KEDVEZMÉNYEZETT az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult.
 - 4.1. A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított.
 - 4.2. A biztosított halála esetére a kedvezményezettet a szerződő jelölheti meg, de ahhoz a biztosított hozzájárulása is szükséges. Hozzájárulás hiányában a biztosított örököse a kedvezményezett.
 - a) A haláleseti kedvezményezett a biztosított életében bármikor megváltoztatható.
 - b) A haláleseti kedvezményezett jelölése, illetve megváltoztatása **akkor lép hatályba**, amikor a szerződő és a biztosított erre vonatkozó **írásbeli nyilatkozata** a biztosítóhoz beérkezik.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS MEGSZŰNÉSE

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli **ajánlattal** kezdeményezi.
6. Ajánlat tehető **alapbiztosításra** és **kiegészítő biztosításra**. ALAPBIZTOSÍTÁSNAK tekintendők azok a biztosítások, melyek önálló szerződésként is megköthetők és fenntarthatók. A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK csak valamely alapbiztosításhoz kapcsolódóan köthetők és tarthatók meg.
7. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot**, és orvosi vizsgálatot is kérhet.

8. A szerződés úgy **jön létre**, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzátartozó nyilatkozatok alapján **kockázatbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (KÖTVÉNYT) állít ki.
9. A biztosítónak – kockázatkezelési szempontok miatt – jogában áll az ajánlaton szereplőnél magasabb díjat megállapítania, illetve az ajánlatot egyéb **módosításokkal elfogadnia**. Lényeges eltérések esetén a biztosító ezekre a szerződő figyelmét a kötvény kiadásakor írásban felhívja. Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő tizenöt napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre.
10. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységéhez történő – beérkezését követő **15 napon belül** indoklás nélkül **elutasítani**.
11. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra, annak beérkezését követő **tizenöt napon belül nem nyilatkozik**.
12. Biztosítási szerződés köthető **határozott** vagy **határozatlan tartamra**.
13. A szerződés **kezdeté** és – határozott tartamú szerződés esetén – a **lejárat**a a kötvényen ekként megjelölt napok. Határozott tartamú szerződés esetén a biztosítás **tartama**a a kezdet és lejárat közötti időszak.
14. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően minden évben a kötvényen ekként megjelölt hónap és nap.
15. Az **első biztosítási időszak** a szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam, amennyiben a szerződés kezdetének hónapja és napja megegyezik a biztosítási évfordulóként megjelölt hónappal és nappal. Ellenkező esetben az első biztosítási időszak a szerződés kezdetétől a második biztosítási évfordulóig terjedő időtartam.
A **további biztosítási időszakok** a biztosítási évfordulók közötti egy éves időtartamok.
Egyszeri díjas biztosítás (45. pont) esetén a biztosítási időszak a szerződés kezdete és lejárat (13. pont) közötti időszak.

A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

16. A biztosítás az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a szerződő az **első vagy egyszeri díjat** a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
17. Ha a szerződő a díjat a biztosító képviselőjének fizette, a díjat legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon a biztosító számlájára, illetőleg pénztárába beérkezettnek kell tekinteni.

A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE

18. A biztosító **kockázatviselése** a biztosítási szerződés hatályba lépésével egyidejűleg kezdődik.

VÁRAKOZÁSI IDŐ

19. Az általános VÁRAKOZÁSI IDŐ a szerződés hatálybalépésétől számított **6 hónap**.
A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag azokra a biztosítási eseményekre terjed ki, amelyek a várakozási idő alatt bekövetkezett balesetek (33., 77. pont) közvetlen következményeinek tekinthetők, kivéve a baleset következtében kialakult vagy rosszabbodott hasi vagy alsótesti sérveket.

A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

20. A biztosítási szerződés (és a biztosító kockázatviselése) az alábbi esetek bármelyikében **megszűnik**:
 - 20.1. határozott tartamú szerződés esetén annak lejáratával,
 - 20.2. a biztosított halálával,
 - 20.3. díjnemfizetés esetén, (51. pont),
 - 20.4. a szerződés felmondásával (21., 28., 44. pont),
 - 20.5. egyéb, a szerződéshez tartozó különös feltételekben meghatározott esetekben.
21. A biztosítási szerződés a szerződő vagy a biztosító részéről a biztosítási évfordulóra – de legkorábban az első biztosítási időszak végével – mondható fel. A felmondást 30 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban kell megtenni.

KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

22. A szerződőt és a biztosítottat egyaránt KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG terheli, amelynek értelmében a **szerződéskötéskor** kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
23. A közlési kötelezettség a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló **szerződésmódosításkor**, így különösen az 59. pontban meghatározott értékkövetéskor is terheli a biztosítottat és a szerződőt.
24. A biztosító jogosult a közölt **adatok ellenőrzésére**, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat.
25. A biztosítási szerződés létrejötte előtt keletkezett a biztosítottat érintő egészségi panaszokat, betegségeket és baleseti következményeket a szerződőnek, illetve a biztosítottnak közölnie kell a biztosítási szerződés megkötése előtt. A közlések alapján a biztosító jogosult az általános és a különös feltételektől eltérő szerződési feltételeket szabni (többek között pót-díj, kockázatszükités vagy kockázatkizárás alkalmazása), amelyek a biztosítási szerződésben feltüntetésre kerülnek.
26. A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **15 napon belül** köteles írásban **bejelenteni** a biztosított foglalkozásának, szabadidős tevékenységének, a vállalt kockázatra (például balesetveszélyre) ható **lényeges megváltozását**.
27. A szerződő és a biztosított felhatalmazást adnak a biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. A biztosított aláírásával hitelesítve felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére, átadják.
28. Ha a **biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást** a szerződés elfogadását érintő, a szerződés hatályba lépését megelőzően már fennállott lényeges körülményekről (így például a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos körülményről), továbbá ha a szerződésben meghatározott **lényeges körülmények változását** közlik vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 napra írásban felmondhatja. Ha a szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül írásban nem válaszol, a szerződés a módosító javaslat kézhezvételétől számított 30. napon megszűnik.
29. A szerződő és a biztosított köteles **5 munkanapon belül** írásban bejelenteni a szerződésben rögzített **adatainak** (különös tekintettel: lakcím, név) **megváltozását**.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

30. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY a szerződéshez tartozó különös feltételekben ekként meghatározott esemény.
31. A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztékor – a különös feltételek szerint – fellépő kötelezettsége.
32. A szolgáltatás pénzben kifejezett kezdeti értékét, azaz a BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET a szerződő határozza meg az ajánlattételkor, ha azt a különös feltételek másként nem szabályozzák. A szolgáltatás nagysága a szerződés tartamán belül a különös feltételekben szabályozott esetekben változhat.
33. Jelen általános feltételek szempontjából BALESETNEK minősül a szerződés hatálybalépését követően, a szerződés fennállása alatt a biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.
34. Jelen általános feltételek szempontjából BETEGSÉGNEK minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.
35. Jelen általános feltételek szempontjából MŰTÉTNEK minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, ame-

lyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.

36. Jelen feltételek szempontjából KÓRHÁZNAK minősül az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet – Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat – által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.
37. Jelen feltételek szempontjából MAGYAR MAGÁNKÓRHÁZNAK minősül az a magyar tisztiorvosi felügyelet által engedélyezett és kórházi besorolást kapott fekvőbetegek számára fenntartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és az egészségügyi ellátások költségeit az Országos Egészségpénztár nem finanszírozza.
38. KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan, kórházban történő, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, legalább 24 órás folyamatos kórházi benttartózkodást szükségessé tevő orvosilag indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.
39. JÁRÓBETEG GYÓGYKEZELÉSNEK minősül jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, orvosilag indokolt kezelés, ami nem jár kórházi bentfekvéssel.
40. KERESŐKÉPTELENSÉGNEK minősül jelen biztosítási feltételek értelmében az az állapot, amikor a biztosított saját betegsége vagy balesete miatt kereső tevékenységét – orvosilag indokoltan – nem képes ellátni. A keresőképzetlenség tényét és időtartamát a mindenkor hatályos jogszabályok rendelkezéseiben meghatározott orvosnak igazolnia kell.
41. MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS a jelen feltételek szerint a biztosított olyan egészségkárosodása, amely testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenésével vagy végleges anatómiai elváltozással járó maradandó funkciókárosodásával jár.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A BIZTOSÍTÁS DÍJA

42. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **biztosítási díj** ellenében vállalja.
43. A biztosítás díját a szolgáltatás jellege és a biztosítási összeg mellett többek között a biztosítás tartama, a biztosított kora, neme, egészségi állapota, foglalkozása és szabadidős tevékenysége határozza meg. Amikor a biztosításba bevont gyermek betölti a 18. életévét, a következő hó elsejétől kezdve a felnőttekre esedékes díj fizetendő.
44. Amennyiben a biztosítás **kockázati viszonyai** megváltoznak – így többek között az átlagosan várható élettartam, a szolgáltatások igénybevételi gyakorisága vagy értéke –, akkor az egyes biztosítási időszakok kezdetével a biztosítónak jogában áll a biztosítási díjat megfelelően módosítani. A díj módosításáról a biztosító a biztosítási időszakot megelőző 45. napig – külön vagy az egyidejű értékkövetésről szóló tájékoztatásban (54–60. pont) – értesítést küld a szerződőnek. Amennyiben a szerződő 30 napon belül írásban elutasítja a díjnak a kockázati viszonyok megváltozásából fakadó módosítását, illetve nem az ennek megfelelően emelt díjat fizeti meg, a biztosító jogosult a szerződést felmondani.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

45. A biztosítás EGYSZERI vagy FOLYAMATOS (rendszeres) díjfizetésű lehet.
46. Az **egyszeri** díjas szerződés **teljes díját**, illetve a **folyamatos** díjfizetésű szerződés első díját, amely az első biztosítási időszakra vonatkozik, az ajánlattételkor kell megfizetni. A biztosító az első díjat, illetve az egyszeri díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget – a biztosítás kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.
47. A **folyamatos díjfizetésű** biztosítás **folytatólagos díjai** éves díjak, amelyek a biztosítási időszakok első napján **előre esedékesek**.
48. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat **az éves díj részletekben történő fizetéséhez**. A pótdíj mértéke – többek között – a díjfizetés gyakoriságától és módjától függ, és a tartamon belül változhat. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján, előre esedékesek.
49. A **díjfizetés gyakoriságát** a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését a biztosítási évforduló előtti 45. napig írásban jelzi a biztosítónak, és a biztosító ahhoz hozzájárul.
50. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a következő biztosítási évfordulóig járó díj megfizetését követelheti.

A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

51. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, a biztosító a kockázatot az első elmaradt díj esedékességétől számított **60 napig** viseli. Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjfizetést pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a biztosító **kockázatviselése** és a **biztosítási szerződés** a határidő leteltével **megszűnik**.
52. A szerződő – a biztosított életben léte esetén – a **biztosító előzetes hozzájárulásával** az első elmaradt díj esedékességétől számított 60 napon túl, de **6 hónapon belül** – késedelmi kamataival együtt – pótolhatja az elmaradt díjakat. A biztosító hozzájárulását újabb kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti. A biztosító kockázatviselése (az eredeti tartalommal és összeggel) a teljes hátralék befizetését követő nap 0. órájától kezdődik újra (**reaktíválás**).
53. Reaktiválásra a szerződés tartamán belül legfeljebb két alkalommal van lehetőség.

ÉRTÉKKÖVETÉS

54. Az értékkövetés a folyamatos díjfizetésű biztosítás **szolgáltatásának – díjmelés vállalása ellenében történő – növelése**.
55. A biztosító a szolgáltatás, illetve díj emelésére (indexálásra) évente egyszer, a **biztosítási évfordulóval** tehet ajánlatot, melyről a biztosítási évfordulót megelőző 45. napig küld értesítést.
56. A biztosító az értékkövetés módjának szabályait a biztosítási szerződés különös feltételeiben határozza meg.
57. A **szerződőnek jogában áll** az emelést a biztosítási időszakot megelőző 30. napig írásban **visszautasítania**.
58. Amennyiben a szerződő az 57. pontban jelzett határidőig nem utasítja vissza az emelést, a szerződés az értesítésnek megfelelően módosításra kerül. A biztosítási összeg (szolgáltatás) emelése az emelt díj befizetésével válik érvényessé.
59. Amennyiben a szerződő a biztosító által meghatározottnál **nagyobb mértékű emelést** kér, a biztosítónak jogában áll azt elutasítani, vagy annak elfogadásáról újabb egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat alapján dönteni. Az emelés akkor válik elfogadottá, ha azt a biztosító írásban visszaigazolja a szerződőnek. A szolgáltatás növekményére vonatkozóan a biztosító új várakozási időt köthet ki.
60. Amennyiben a szerződő két egymást követő évben **visszautasítja az értékkövetést**, úgy a biztosító a továbbiakban eltekinthet a szerződés díjának emelésére vonatkozó ajánlatától. Amennyiben a szerződés értékkövetését a későbbiekben a szerződő kezdeményezné, a biztosítónak jogában áll azt visszautasítani, vagy az elfogadást újabb kockázatelbírálás eredményétől függővé tenni.
61. A jelen biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítási szerződés vonatkozásában a szerződőt **többlethozam-visszatérítés** nem illeti meg.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

62. A kedvezményezettnek (4. pont) a **biztosítási eseményt** a bekövetkeztétől számított **8 napon belül írásban** be kell jelentenie a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

63. A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti.
64. A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.
65. A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosításból eredő igények **elévülnek**.

A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

66. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
 - 66.1. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
 - 66.2. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;
 - 66.3. elhalálozás esetén halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
 - 66.4. hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró (vagy a nyomozás megtagadásáról szóló) határozatot, vádiratot, illetve a bírói ítéletet;
 - 66.5. a biztosítási esemény, a biztosítási összeg és a jogosultság (kedvezményezettség) megállapításához szükséges egyéb okiratokat.
 - 66.6. a biztosítási kötvényt és a biztosító kérésére a díjfizetés igazolását.
67. Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését is.
68. A biztosítási esemény igazolásával és érvényesítésével (például külföldre történő átutalás, dokumentumok fordítása) kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.

A BIZTOSÍTÓ FELÜLBÍRÁLATI JOGAI

69. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvos-szakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvos-szakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában **felülbírálni**
 - 69.1. a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés (38. pont) szükségességét és indokolt időtartamát,
 - 69.2. a keresőképtelenség (40. pont) tényét és indokolt időtartamát,
 - 69.3. a maradandó egészségkárosodás (41. pont) tényét és indokolt mértékét.
70. A biztosító orvos-szakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos-szakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvos-szakértőjének véleményét veszi alapul.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

71. A **közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése** esetében a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, kivéve ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor, illetve a szerződés módosításakor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
72. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül** (62. pont) nem jelentik be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

73. A biztosító a haláleseti összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a **kedvezményezett szándékos magatartása** következtében vesztette életét.
74. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése és egyéb esetleges szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg, ha a betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a biztosított, a szerződő vagy a kedvezményezett, **szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása** idézte elő.
- 74.1. SÚLYOSAN GONDTALANUL **okozottnak minősül a biztosítási esemény**, különösen, ha az a fent felsorolt személyek
- a) szándékosan elkövetett bűncselekményével
 - b) súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával
 - c) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével
 - d) érvényes jogosítvány nélküli vagy 0,8 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittaság melletti gépjárművezetésével
- közvetlen összefüggésben következett be.
75. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg**.

KIZÁRÁSOK

76. A biztosító **kizárja kockázatviselési köréből** azon eseményeket, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:
- 76.1. HIV fertőzéssel;
 - 76.2. radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
 - 76.3. veleszületett rendellenességgel;
 - 76.4. geriatríai és pszichiátriai kezelésekkal;
 - 76.5. nem baleseti vagy betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;
 - 76.6. a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;
 - 76.7. a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegséggel, megromlott egészségi állapottal,
 - 76.8. a nem megváltoztatásával;
 - 76.9. a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával (például in-vitro-fertilizációval illetve inszeminációval),
 - 76.10. fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják,
 - 76.11. gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokkal (kivéve, ha a kezelés, illetve beavatkozás igénybevételére a szerződés kockázatviselési körébe tartozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan volt szükség);
 - 76.12. a biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;
 - 76.13. különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, búvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
 - 76.14. repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
 - 76.15. háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással.
77. A biztosító a **balesetek**, illetve a baleseti eredetű események **köréből kizárja**:
- 77.1. a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket;
 - 77.2. szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket; ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
 - 77.3. valamely balesettel összefüggésbe nem hozható – ember vagy állat terjesztette – bakteriális vagy vírusfertőzéseket;

- 77.4. a porckorong sérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;
- 77.5. a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményeket;
- 77.6. a biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

78. A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomásra jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – kezelésére, őrzésére. A biztosító köteles az adatokat biztosítási titokként kezelni.
- BIZTOSÍTÁSI TITOK minden olyan – államtitoknak nem minősülő –, a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.
79. A **biztosítási titok** tekintetében a biztosító a biztosítókrol és a biztosítási tevékenységről szóló törvény szerint jár el. Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha – a biztosító, biztosításközvetítő, illetve a biztosítási szaktanácsadó ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad, – e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.
80. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi helyekre továbbíthatja**: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, nyomozóhatóság és ügyészség, bíróság, bírósági végrehajtó, hagyatéki ügyben eljáró közjegyző, adóhatóság, nemzetbiztonsági szolgálat, Gazdasági Versenyhivatal, gyámhatóság, egészségügyi hatóság, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szerv, viszontbiztosító, együttbiztosításban részt vállaló biztosító, állomány-átruházáskor az átvevő biztosító, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partner.
81. A szerződésre vonatkozó **ajánlat aláírásával** a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a **biztosító külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő szervezethez** továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelésük szempontjából, illetve ahhoz kapcsolódóan szóba jövő intézményeknek továbbítsa.

A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE

82. A **biztosítási kötvény elvesztése** vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére a szerződés aktuális állapotának megfelelő új kötvényt állít ki, vagy az eredeti kötvény másolatát megküldi a szerződőnek. Az új kötvény kiállításának költségét a biztosító megfizetheti.

PANASZOK BEJELENTÉSE

83. A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos **panaszokkal** az UNIQA Biztosító Zrt. Vezérigazgatósága (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76–78.) foglalkozik.
- A szerződő észrevételeivel, panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, illetve a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséghez (1088 Budapest, József krt. 6.) vagy a békéltető testülethez, végső soron bírósághoz is fordulhat.
- A biztosítási szerződésből származó **igények érvényesítésére** indított valamennyi perre kizárólagosan a Pesti Központi Kerületi Bíróság, illetve hatáskörtől függően a Fővárosi Bíróság az illetékes.
84. A biztosító felügyeleti szerve: Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (1535 Budapest, 114. Pf. 777)

Med Help Betegségbiztosítás különös feltételei

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 76-78.) azon szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen különös feltételek kizárólag az **Általános Betegségbiztosítási Feltételek 001 dokumentummal** (továbbiakban **ÁBeF**) együtt érvényesek. A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az ÁBeF tartalmazza.

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1. Jelen feltételek értelmében **biztosítási esemény**:
 - a biztosított **műtete**,
 - a biztosított vagy 1-14 év közötti gyermeke **folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése**,
 - a biztosított **csonttörése**,
 - a biztosított **100%-os, tartós munkaképesség csökkenése**,
 - a biztosított **szülése**,
 - a biztosított **kiemelt kockázatú betegsége**.

A biztosítási események meghatározását a 2–7. pontok tartalmazzák.

2. **MŰTÉT**: jelen szerződési feltételeken belül a biztosítottan a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan műtét (ÁBeF 35. pont),
 - amely a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete (ÁBeF 33. pont) vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége (ÁBeF 34. pont) miatt vált szükségessé,
 - és amely a Magyar Biztosítók Szövetségének Orvosi Tagozatának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása (továbbiakban: **MABISZ-osztályozás**) szerint az 1-től 4-ig terjedő osztályokba tartozik.

A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát.

- 2.1 **BALESETI EREDETŰNEK** minősül az a **műtét**, amelyet a balesettel közvetlen okozati összefüggésben, a baleset napjától számított 1 éven belül végeznek el.

- 2.2 A biztosító a **műtéseket 3 csoportba** sorolja (részleges felsorolásuk a szerződés részét képező **Függelékben** található):

- **1. csoportú** műtét a MABISZ-osztályozás szerint az 1. osztályba sorolt műtét,
- **2. csoportú** műtét a MABISZ-osztályozás szerint a 2. osztályba sorolt műtét,
- **3. csoportú** műtét a MABISZ-osztályozás szerint a 3. vagy 4. osztályba sorolt műtét.

- 2.3 A jelen feltételek alapján **nem minősülnek műtétnek** többek között:

- a) azok a járóbeteg gyógykezelés (ÁBeF 39. pont) keretében elvégezhető, illetve a kórházi fekvőbeteg gyógykezelést nem igénylő, vagy diagnosztikus céllal végzett beavatkozások, melyeknek műtéti megoldását követően a gyógyulási időtartam 30 napon belül;
- b) a kizárólag csőtükrözéssel végzett műtéti és terápiás eljárások.

3. **FOLYAMATOS KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS**:

- 3.1 a biztosított baleseti vagy betegségi eredetű, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (ÁBeF 38. pont), amely a kockázatviselés tartama (ÁBeF 18. pont) alatt kezdődik, és amelynek időtartama **legalább 4 nap**.

- 3.2 A biztosított 1–14. év közötti gyermekének balesettel, műtéttel vagy heveny fertőző betegséggel kapcsolatos, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (ÁBeF 38. pont), amely a kockázatviselés tartama (ÁBeF 18. pont) alatt kezdődik, és amelynek időtartama **legalább 4 nap**.

- 3.3 A folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés **időtartamának számításánál**

- a) minden érintett nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges halálozás napja is;
- b) a kockázatviselés tartamán esetlegesen túlnyúló napok nem kerülnek figyelembevételre.

- 3.4 **BALESETI EREDETŰNEK** minősül az a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés, amely a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért balesettel (ÁBeF 33. pont) közvetlen okozati összefüggésben, a baleset napjától számított 1 éven belül kezdődik.

4. **CSONTTÖRÉS**: a biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett **csonttörése**. Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek csonttörésnek a csontrepedések és a fogtörések.

5. **100%-OS, TARTÓS MUNKAKÉPESSÉG CSÖKKENÉS**: a biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatti, **a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen megállapított és a biztosító orvos szakértője által is elismert 100%-os mértékű, tartós munkaképesség-csökkenése** (TB I-II. rokkantsági fokozat), feltéve hogy a társadalombiztosítási szerv ezt megállapító határozatának kelte a kockázatviselés tartamán belüli, illetve baleset miatti munkaképesség csökkenésnél a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül van.

6. **SZÜLÉS**: A biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte utáni szülése. Az ikerszülés egy szülésnek számít.

7. **KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK**: az alábbiakban felsorolt és a 7.1–7.4. pontban részletesen definiált, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli **súlyos és váratlan betegségek**:
 - **szívizomelhalás** (szívinfarktus),
 - **rosszindulatú daganatos betegség**,
 - **agyi érkatasztrófa**,
 - **krónikus veseelégtelenség**,

Jelen feltételek alkalmazásában a 7. pontban felsorolt betegségek definíciói a következők:

- 7.1 A **SZÍVIZOMELHALÁS**: (szívinfarktus) a szívizomzat bizonyos részének elhalása, melynek oka az elhalt terület vérellátásának hirtelen kialakuló elégtelensége.

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

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

- Jelen feltételek szempontjából **nem minősülnek biztosítási eseménynek**:

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

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

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

7.4 KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG: mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művese-kezelés vagy veseátültetés nélkül az élettel nem összeegyeztethető, és a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialízis-kezelésre szorul.

7.5 A biztosítási esemény bekövetkezteként időpontja a biztosítottnál fellépő egyes betegségek esetén a következő:

- a) **szívinfarktus** esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
- b) **rosszindulatú daganatos betegség** esetén a betegség legkorábbi diagnosztizálásának időpontja,
- c) **agyi érkatasztrófa** esetén az érkatasztrófa bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a maradandó szervi idegrendszeri károsodást jelző fizikális tünetek a betegség fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók,
- d) **krónikus veseelégtelenség** esetén a dialízis-kezelés első napja, feltéve, hogy a biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig ténylegesen dialízis-kezelésre szorult.

A BIZTOSÍTÁS TARTAMA

8. A biztosítási szerződés **határozott tartamú, de legkésőbb** annak a biztosítási időszaknak az utolsó napjáig tart, amikor a biztosított **65. életévét betöltötte**.

TERÜLETI HATÁLY

9. A biztosító kockázatviselése a 2–3. pontokban szereplő biztosítási események vonatkozásában az Európai Unió tagállamaira, az 4–7. pontokban szereplő biztosítási események tekintetében az egész világra terjed ki.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

10. A biztosító a 2-7. pontokban szereplő biztosítási események bekövetkezése esetén az adott biztosítási eseményhez tartozó **biztosítási összeget** fizeti ki az alábbi 11-16. pontok szerint.

10.1 A **kezdeti biztosítási összegek** a szerződéskötéskor kerülnek rögzítésre.

10.2 Az első biztosítási időszakot követően érvényes **aktuális biztosítási összegek** a vállalt értékkövetéseknek (18-19. pont) megfelelően alakulnak.

11. **Műtét:**

11.1 **Nem baleseti eredetű műtét** esetén

- a) a szerződésben meghatározott – **műteti csoporttól** (2.2 pont) **függő – biztosítási összeg** kerül kifizetésre.
- b) Kifizetésre kerül továbbá az alábbi **egyszeri gyógyulási támogatás**

- 1. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének (12.1 pont) 7 napra számított értéke;
- 2. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének (12.1 pont) 14 napra számított értéke;
- 3. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének (12.1 pont) 28 napra számított értéke.

11.2 **Baleseti eredetű műtét** (2.1 pont) esetén a 11.1 a. és b. pontban írt szolgáltatások helyett azok kétszerese kerül kifizetésre.

11.3 **Baleseti eredetű műtét** esetén, ha a baleset **Magyarország határain kívül** következett be és – sürgősségi okok miatt – emiatt a műtetre is Magyarország határain kívül került sor, a 11.1–11.2 pontokban írt szolgáltatások helyett a 11.1 a) és b) pontban írt szolgáltatások négyszerese kerül kifizetésre.

Abban az esetben, ha **egy műtét több szervet** vagy testrészt érint, a biztosító arra a műteti beavatkozásra nyújt térítést, amelyhez a legmagasabb szolgáltatási összeg tartozik.

12. **Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés:**

12.1 **Nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén a szerződésben meghatá-

rozott **napi térítési összeg** annyszorosa kerül kifizetésre, ahány napig a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés tartott (3.3 pont).

12.2 **Baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén (3.4 pont) a 12.1 pontban írt szolgáltatás helyett annak **kétszerese** kerül kifizetésre.

12.3 **Baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén, ha a baleset **Magyarország határain kívül** következett be és – sürgősségi okok miatt – emiatt a kórházi fekvőbeteg gyógykezelésre is Magyarország határain kívül került sor, a 12.1–12.2 pontokban írt szolgáltatások helyett a 12.1 pontban írt szolgáltatás **négyszerese** kerül kifizetésre.

A biztosító egy biztosítási időszakon belül összesen **legfeljebb 90 kórházi ápolási napra** térít.

Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén annak indokoltságát a biztosító **28 naponként felülvizsgálhatja**. A felülvizsgálatot követően a napi térítési összeg további folyósításáról a biztosító az indokoltágtól függően dönt.

13. **Csonttörés:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre. Az egy eseményből fakadó többszörös vagy több csontot érintő csonttörések is egy biztosítási eseménynek minősülnek.

14. **100%-os, tartós munkaképesség csökkenés:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.

15. **Szülés:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.

16. **Kiemelt kockázatú betegségek:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.

A szolgáltatás kifizetésének feltétele, hogy a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követő bejelentésekor életben legyen.

A biztosító a 7.1–7.4 pontok alatt meghatározott négy betegségcsoport valamelyikébe tartozó kiemelt kockázatú betegség esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó kiemelt kockázatú betegségre még nem történt kifizetés.

17. **BÓNUSZ-SZOLGÁLTATÁS:** amennyiben a jelen feltételek alapján kötött biztosítási szerződés a biztosítási évfordulókor díjhátralék nélkül érvényben van, és az azt megelőző biztosítási időszakban **nem történt biztosítási esemény**, a biztosító a szerződőnek **visszafizeti** a biztosítási időszakban befizetett, részletfizetési pótlék nélkül számított díj **egy hónapra eső részét**. A bónuszt a biztosító az évfordulót követő 90 napon belül fizeti ki.

Amennyiben a bónusz kifizetésre került, és később érvényesítenek a kifizetést megelőző biztosítási időszakban bekövetkezett eseményből eredő szolgáltatási igényt, a szolgáltatási összegből a kifizetett bónusz összegét a biztosító levonja.

AZ ÉRTÉKKÖVETÉS MÓDJA

18. A biztosító a biztosítás értékének megőrzése érdekében lehetővé teszi a biztosítási összeg és ezzel együtt a biztosítás díj biztosításmatematikai szempontok által meghatározott – nem arányos – évenkénti emelését az ÁBeF 54–60. pontjaiban meghatározottak szerint.

19. A szolgáltatásemelés mértékét a biztosító a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett éves fogyasztói árindex, a várható infláció mértékét, valamint az ÁBeF 44. pontjában meghatározottakat figyelembe véve határozza meg.

KIZÁRÁSOK

20. A biztosítási események köréből az ÁBeF 71–77. pontjaiban meghatározottakon túl **kizárásra** kerülnek

20.1 azok a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével, valamint terhesség-megszakításával kapcsolatos események, amelyek a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte előtt következnek be;

20.2 a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelések köréből azok az események, amelyek

- a) a gyermek 1 éves kora előtt diagnosztizált betegségeivel,
- b) a gyermeknek a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegségeivel kapcsolatosak.

A Med Help betegségbiztosítási szerződés különös feltételeihez

MŰTÉT a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan műtét (*Általános betegség-biztosítás feltételek [ÁBeF] 35. pont*),

- amely a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete (*ÁBeF 33. pont*) vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége (*ÁBeF 34. pont*) miatt vált szükségessé,
- és amely a Magyar Biztosítók Szövetségének Orvosi Tagozatának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása (továbbiakban: MABISZ-osztályozás) szerint az 1-től 4-ig terjedő osztályokba tartozik. (A biztosító a MABISZ-osztályozás szerinti 0. csoportú műtétekre nem térít.)

A Med Help betegségbiztosítási szerződéshez tartozó teljes körű műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát.

A biztosító által nem térített műtétek kivonatos tájékoztatója

0. CSOPORT

- | | |
|--|--|
| 1. Gyomortükrözés (gastroszkopia) | 11. Pacemaker és defibrillátor beültetése, cseréje |
| 2. Hasüreg tükrözése (laparoscopia) | 12. Szívkátétrezés |
| 3. Mellüreg tükrözése (thoracoszkopia) | 13. Biopszia a garat alsó vagy felső szakaszából |
| 4. Nyelőcső tükrözése (oesophagoszkopia) | 14. Gerinccsapolás |
| 5. Köldöksérv műtete | 15. Bőr összevarrása (sutura cutis) |
| 6. Gyomormosás | 16. Körülmetelés |
| 7. Gyomor folyamatos leszívása | 17. Gépi lélegeztetés |
| 8. Vastagbél tartalom kiürítése | 18. Felkartörés helyretétele műtét nélkül |
| 9. Bélmosás | 19. Combcsonttörés helyretétele műtét nélkül |
| 10. Művesekezelés | 20. Medencecsonttörés helyretétele műtét nélkül |

A biztosító által térített műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója

1. CSOPORT

1. Bőrön keresztül történő dróttűzés
2. Külső hallójárat képzése vagy helyreállítása
3. Dobhártya plasztikája
4. Idegentest eltávolítása az orrból műtéttel
5. Mandula műtéti eltávolítása (tonsillectomia)
6. Endoszkópos arcüreg-műtét
7. Méhszáj plasztika
8. Méh polyp eltávolítása
9. Epekőoldás endoszkópia során bevezetett katéteren keresztül
10. Veseciszta punkció és leszívás (röntgenvezérelt)
11. Artéria katéterezés vagy kanülálás
12. Májbiopszia műtéttel
13. Izület ideiglenes áttűzése
14. Külboka-szalag varrat
15. Bőrelváltozás kimetszése
16. Csontkinövés levésése

3. CSOPORT

1. Teljes térdprotézis beültetés
2. Csuklóprotézis
3. Könyökprotézis
4. TEP, teljes csípőprotézis
5. Gerinctörés csontdarab kiemelése a gerinccsatornából
6. Gerinc belső rögzítése
7. Nyaki csigolya műtéte
8. Felső tüdőlebens eltávolítása
9. Műanyag háló beépítése hasfali sérv műtétjéhez
10. Vastagbél teljes eltávolítása
11. Tüdőátültetés
12. Szívátültetés
13. Hasnyálmirigy-átültetés
14. Veseátültetés

2. CSOPORT

1. Idegentest eltávolítása mágnessel a szemből
2. Szaruhártya műtéti bemetszése
3. Szürkehályog műtét phacoemulsificatio módszerrel, hajlékony műlencse-beültetés
4. Ujjizületi protézis
5. Epineurális idegvarrat
6. Arcsont-törés ellátása (minilemez, csavar)
7. Combnyak-szegezés és -csavarozás
8. A térd holdas porcának részleges eltávolítása arthroscopiával
9. Achilles-ín szakadás rekonstrukciója
10. VATS tüdőbiopszia
11. Endoszkópos epekő-eltávolítás
12. Lépetávolítás
13. Gyomor részleges eltávolítása
14. Féregnyúlvány eltávolítás (vakbélműtét)
15. Epehólyag eltávolítás
16. Féloldali petefészek eltávolítás

15. Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása
16. Billentyűplasztika aorta billentyűn
17. Nyitott szívmasszázs
18. A jobb koszorúsér áthidaló műtéte (bypass műtét)
19. Koszorúsér-szűkület műtéti tágítása
20. Érpótlás a medencei- és combverőér között
21. Pitvari sérülés ellátása
22. Üvegtest csere
23. Műtét a közép-, illetve a belsőfülben
24. Gége egy részének eltávolítása
25. Hangréstágító műtét külső feltárásból
26. Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása

Med Help betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai

	Bázis	Standard	Optimum	Prémium
Kórházi napi térítés	5 000 Ft	7 500 Ft	10 000 Ft	25 000 Ft
Műtét 1.	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft	125 000 Ft
Műtét 2.	50 000 Ft	100 000 Ft	200 000 Ft	250 000 Ft
Műtét 3.	100 000 Ft	200 000 Ft	400 000 Ft	500 000 Ft
Gyógyulási támogatás	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege
Kritikus betegségek	–	250 000 Ft	500 000 Ft	1 500 000 Ft
TB I-II.	500 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Csonttörés	10 000 Ft	15 000 Ft	25 000 Ft	25 000 Ft
Szülési támogatás	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft

Érvényes 2007. április 1-től visszavonásig.

A biztosítóról és az általam választott **Med Help** nevű betegségbiztosítási termékről a biztosítási szerződés megkötése előtt tájékoztatást kaptam, és az általam átvett dokumentumok tartalmát az ajánlat aláírása előtt megismertem.

Az átvett dokumentumok felsorolása

1. Általános betegségbiztosítási feltételek 001
2. A Med Help betegségbiztosítás szerződési feltételei. Termékkód: 301, 302, 303
3. A Med Help betegségbiztosítás függeléke
4. Tájékoztatás a biztosítóról
5. A Med Help betegségbiztosításhoz tartozó ügyféltájékoztató
6. _____
7. _____
8. _____

Dátum: _____

szerződő aláírása

biztosított aláírása
(ha nem azonos a szerződővel)