

Ügyféltájékoztató

MediQa betegségbiztosítás

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtétele előtt figyelmesen olvassa el az Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatónkat és a **szereződési feltételeket**.

Biztosítónk az **UNIQA Biztosító Zrt.** A társaság székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

Felügyeleti szervünk a 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), a speciális tudnivalókat pedig a MediQa betegségbiztosítás különös feltételei (továbbiakban: KF) tartalmazzák. A szerződési feltételekben szereplő információk könnyebb felkelhetőségét az alábbi összefoglalóval kívánjuk segíteni:

Az Önnek megfelelő biztosítási védelmet az alábbi csomagok közül választhatja ki.

Egyéb tudnivalók:

- A szerződés jellemzőire vonatkozó **általános ismeretek** – így többek között a biztosítási időszak és tartam meghatározása, a biztosító **kockázatviselésének** kezdetére és megszűnésére, valamint a **szerződés megszűnésére** vonatkozó tudnivalók az ÁBeF 5–21. pontjaiban, valamint KF II. fejezetében szerepelnek.
- Az ÁBeF 29–45. pontja, valamint a KF I., III. és IV. fejezete a **biztosítási eseményeket** és **szolgáltatásokat** tartalmazza, a kapcsolódó fogalmak magyarázatával együtt.
- A **díjfizetésre** vonatkozó feltételeket, az értékkövetési lehetőséget az ÁBeF 49–64. pontja, valamint a KF V. és VI. fejezete szabályozza.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** az ÁBeF 66–76. pontja foglalja össze.
- A biztosító **mentesüléséről** és a **nem vállalható** (kizárt) kockázatokról az ÁBeF 77–83. pontja, valamint a KF VIII. fejezete tájékoztat.
- Az ÁBeF 84–90. pontja emeli ki a **törvények** által meghatározott, az Ügyfelek számára fontos egyéb információkat, úgymint
 - az **adatok kezelésére**, a biztosítási titokra, az adatok **továbbíthatóságára** a Biztosítási törvényben előírtakat,
 - a javaslatok, panaszok, észrevételek fogadására kijelölt helyeket, szervezeteket.
- A **biztosítási szerződés határozatlan tartamú**. Amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik, de legkésőbb annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított a 60., illetve – az 1. szá-

mú Függelékben jelzettek szerinti egyes szolgáltatási csomagok esetében – a 65. életévét betölti.

- A **biztosítási szerződés díja** a biztosítás tartamán belül az életkor emelkedése miatt nem változik. A biztosító a biztosítási időszak kezdetével jogosult a biztosítás díját a nyújtott szolgáltatások piaci árainak változása, továbbá a biztosítási események kockázatközösségen mért gyakorisága miatti felülvizsgálatára, és biztosításmatematikai alapon új díjtétel megállapítására.

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

- A biztosító jogosult a tudomására jutott, a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggő személyes, egészségi és üzleti **adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – kezelésére, őrzésére**. A biztosító köteles az adatokat biztosítási titokként kezelni. A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbításával kapcsolatos tudnivalókat az ÁBeF 84–87. pontja tartalmazza.
 - Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetnek 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 gyűjtésére 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, országgyűlési biztos, a pénzmoss megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szerv vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv.
 - A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és biztosított hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító **külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz** vagy **külföldi adatkezelő szervezethez**, valamint az ellátásszervező egészségügyi szolgáltatóhoz továbbíthassa.
- A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos panaszokkal az UNIQA Biztosító Zrt. Vezérigazgatósága (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) foglalkozik. A szerződő észrevételeivel, panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, illetve a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatósághoz (1088 Budapest, József krt. 6.) vagy a békéltető testületekhez, végső soron bírósághoz is fordulhat.
- A biztosítási szerződésből származó **igények érvényesítéséből eredő** jogvitákkal kapcsolatban a magyar Polgári perrendtartás rendelkezései az irányadók.

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

ÁLTALÁNOS BETEGSÉGBIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK 004

Jelen általános feltételek (ÁBeF) ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban: **biztosító** – azon betegség-biztosítási 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 SZERZŐDÉSSSEL 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** eljuttatták.
 - 2.3. A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosítottat 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 képviselőtől 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, rehabilitációs járadékos, baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, vagy munkaképesség csökkenés, illetve össz-szervezeti egészségkárosodás 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 megkötethetők 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 **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (KÖTVÉNYT) állít ki.
9. A biztosítónak – kockázatkezelési szempontok miatt – jogában áll az ajánlaton szereplőnél magasabb díjat megállapítani, 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 kötvényen ekként megjelölt napok. Határozott tartamú szerződés esetén a biztosítás **tartama** 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 (49. 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 állapottak 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 (32., 83. pont) közvetlen következményeinek tekinthetők, kivéve a baleset következtében kialakult vagy rosszabbodott hasi vagy altesti 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, (55. pont),
- 20.4. a szerződés felmondásával (21., 27., 48. 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.

A közlési kötelezettség a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló **szerződésmódosításkor**, így különösen az 63. pontban meghatározott értékkövetéskor is terheli a biztosítottat és a szerződőt.

23. 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.

24. 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 pótdíj, kockázatszűkítés vagy kockázatkizárás alkalmazása), amelyek a biztosítási kötvényen feltüntetésre kerülnek.

25. 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 biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészség-biztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére, átadják.

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. 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** közli vele, 15 napon belül írásban javaslatot tehet a szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a feltételek értelmében nem vállalhatja – a szerződést 30 nappal 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.

28. 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

29. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a szerződéshez tartozó különös feltételekben ekként meghatározott esemény.

30. A **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor – a különös feltételek szerint – felépő kötelezettsége.

31. A szolgáltatás pénzben vagy más módon (például az ellátások számában) kifejezett kezdeti értékét, azaz a **BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET**, illetve a **SZOLGÁLTATÁS MENNYISÉGÉT** és **MINŐSÉGÉT** 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.

32. 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.

33. Jelen általános feltételek szempontjából **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.

34. Jelen általános feltételek szempontjából **MŰTÉTNEK** minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.

35. 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 gondozóintézetei, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.
36. 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 vagy csak részlegesen finanszírozza.
37. **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 orvosi 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.
38. **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, orvosi indokolt, egészségügyi ellátás keretében igénybe vett kezelés, ami nem jár kórházi bentfekvéssel.
39. **KERESŐKÉPTELENSÉGNEK** minősül jelen biztosítási feltételek értelmében az az állapot, amikor a biztosított saját betegsége vagy balesete miatt kereső tevékenységét – orvosi indokoltan – nem képes ellátni. A keresőképzetlenség tényét és időtartamát a mindenkor hatályos jogszabályok rendelkezéseiben meghatározott orvosnak igazolnia kell.
40. **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.
41. **EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ** a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet, aki, illetve amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által ekként elismert, és akinek, illetve amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.
42. **(ORVOSI) VIZSGÁLATNAK** minősül minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, az egészség megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.
43. **SZŰRŐVIZSGÁLAT** az a vizsgálat, amelynek célja betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.
44. **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK** azok a vizsgálatok, amelyeknek célja a panaszok, a kórtörténet és a fizikális vizsgálat alapján diagnózis felállítása, meghatározása illetve felmerült diagnózis alátámasztása.
45. **SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS**: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A BIZTOSÍTÁS DÍJA

46. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **biztosítási díj** ellenében vállalja.
47. A biztosítás díját a szolgáltatás jellege, tartalma 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.
48. 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 (58–64. 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 szolgáltatásokat megfelelően csökkenteni, illetve módosítani vagy a szerződést felmondani.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

49. A biztosítás **EGYSZERI** vagy **FOLYAMATOS (rendszeres)** díj-fizetésű lehet.
50. Az **egyszeri** díjas szerződés **teljes díját**, illetve a **folyamatos** díjfizetésű szerződés első biztosítási időszakra vonatkozó díját, 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 biztosítási kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.
51. A **folyamatos díjfizetésű** biztosítás **folytatólagos díjai** éves díjak, amelyek a biztosítási időszakok első napján **előre esedékesek**.
52. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat az **éves díj részleteiben 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.

53. 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.
54. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a következő biztosítási évfordulóig járó díj megfizetését követelheti.

A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

55. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, és a díjfizetési halasztásban írásban sem állapodott meg a biztosítóval, illetve a biztosító díjkövetelését bírói úton nem érvényesíti, 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 minden külön értesítés nélkül **megszűnik**.
56. 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 (**reaktiválás**).
57. Reaktiválásra a szerződés tartamán belül legfeljebb két alkalommal van lehetőség.

ÉRTÉKKÖVETÉS

58. Az értékkövetés a folyamatos díjfizetésű biztosítás **szolgáltatásának – díjemelés vállalása ellenében történő – növelése**.
59. A biztosító a szolgáltatás, illetve díj emelésére (indexálásra) évente egyszer, a **biztosítási évfordulóval** tehet ajánlatot, melyről a biztosítási évfordulót megelőző 45. napig küld értesítést.
60. A biztosító az értékkövetés módjának szabályait a biztosítási szerződés különös feltételeiben határozza meg.
61. A **szerződőnek jogában áll** az emelést a biztosítási időszakot megelőző 30. napig írásban **visszautasítania**.
62. Amennyiben a szerződő a **61. 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.
63. 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.
64. 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.

MARADÉKJOGOK

65. A jelen biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradó **maradékjogok** (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási **kötvénykölcson** nem igényelhető, és **többlethozam-megosztásra** nem kerül sor.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

66. 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

67. A biztosító a szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti.
68. A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódo kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.
69. A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosításból eredő igények **elévülnek**.

A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

70. A biztosítási szolgáltatások igénybeviteléhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- 70.1. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
 - 70.2. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;
 - 70.3. elhalálozás esetén halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
 - 70.4. hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró (vagy a nyomozás megtagadásáról szóló) határozatot;
 - 70.5. a biztosítási esemény, a biztosítási összeg és a jogosultság (kedvezményezettség) megállapításához szükséges egyéb okiratokat;
 - 70.6. a biztosítási kötvényt és a biztosító kérésére a díjfizetés igazolását.
71. 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.
72. A biztosítási esemény igazolásával és érvényesítésével (például külföldre történő átutalás, dokumentumok fordítása) kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.
73. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezését a szerződőnek, biztosított-

nak, kedvezményezettnek bizonyítani szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási esemény jogalapját, valamint annak összecszerűségét bizonyítják. A felsoroltakon kívül a szerződőnek, biztosított-nak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

74. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

A BIZTOSÍTÓ FELÜLBÍRÁLATI JOGAI

75. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvos-szakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvos-szakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – **egyebek mellett – felülbírálni:**

75.1. a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés (37. pont) szükségességét és indokolt időtartamát,

75.2. a keresőképtelenség (39. pont) tényét és indokolt időtartamát,

75.3. a maradandó egészségkárosodás (40. pont) tényét és mértékét.

76. 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

77. 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.

78. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (66. pont) nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

79. A biztosító a haláleseti összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a **kedvezményezett szándékos magatartása** következtében vesztette életét.

80. 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.

80.1. **SÚLYOSAN GONDATLANUL 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 nélkülű vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen összefüggésben következett be.

81. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg**.

KIZÁRÁSOK

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

82.1. HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);

82.2. radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);

82.3. öröklött és veleszületett rendellenességgel;

82.4. geriátriai, hospice, pszichológiai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkkel;

82.5. bennalvásos alvászvizsgálattal (somnia, polysomnia);

82.6. krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, művesekezeléssel;

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

82.8. a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;

82.9. a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;

82.10. olyan szubjektív panaszokra épülő betegségek, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségei (különösen a polidiszkopátia) és azok közvetett és közvetlen következményei;

82.11. a nem megváltoztatásával;

82.12. a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával (például in-vitro-fertilizációval illetve inszeminációval), a művi terhesség-megszakítással (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),

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

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

82.15. a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;

82.16. a biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;

82.17. különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvárkodás,

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 üzése közben bekövetkezett eseményekkel;

- 82.18. repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
- 82.19. háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;
- 82.20. alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással vagy szolgáltatással, és elvonókúrákkal;
- 82.21. orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel.
83. A biztosító a **balesetek**, illetve a baleseti eredetű események **köréből kizárja**:
- 83.1. a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket;
- 83.2. szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket; ideértve a drogok, kábítószeresek által okozottakat is;
- 83.3. a megemelés összes formáját;
- 83.4. a porckorong sérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;
- 83.5. a biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

84. A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – kezelésére, őrzésére. A biztosító köteles az adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.

BIZTOSÍTÁSI TITOK minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

85. A **biztosítási titok** tekintetében a biztosító a biztosítókról 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 titokkör pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

86. 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, országgyűlési biztos, a pénzmossás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szerv vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv.

87. A szerződésre vonatkozó **ajánlat aláírásával** a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a **biztosító külföldi biztosítóhoz, külföldi viszontbiztosítóhoz vagy külföldi adatkezelő szervezet**hez továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelésük szempontjából, illetve ahhoz kapcsolódóan szóba jövő intézményeknek továbbítsa.

A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE

88. 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 megfizettetheti.

PANASZOK BEJELENTÉSE

89. A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos **panaszokkal** az UNIQA Biztosító Zrt. Vezérigazgatósága (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) foglalkozik.

A szerződő észrevételeivel, panaszaival a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, illetve a Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatósághoz (1088 Budapest, József krt. 6.) vagy a békéltető testülethez, végső soron bírósághoz is fordulhat. A biztosítási szerződésből származó **igények érvényesítéséből** eredő jogvitákkal kapcsolatban a magyar Polgári perrendtartás rendelkezései az irányadók.

90. A biztosító **felügyeleti szerve**:
Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
(1535 Budapest, 114. Pf. 777)

MediQa BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) azon szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen különös feltételek kizárólag az **Általános Betegségbiztosítási Feltételek 004** dokumentummal (továbbiakban **ÁBeF**) együtt érvényesek. A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az **ÁBeF** tartalmazza. Amennyiben a szerződéshez tartozó különös biztosítási feltételek eltérnek a jelen általános feltételektől, úgy a különös feltételekben meghatározottak a mérvadóak.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEKHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

- 1. Ellátásszervező egészségügyi szolgáltató (továbbiakban EESZ):** az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátásszervezési tevékenységet (2. pont) a biztosítottak tekintetében elvégezze.
- 2. Ellátásszervezés:** orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg-ellátás) megszervezése az ellátást igénybe vevők részére. Ellátásszervezésnek minősülnek a jelen szerződés vonatkozásában különösen az alábbiak: az egészségügyi ellátás, és a betegút menedzselése, kezelése, ellenőrzése, valamint az EESZ-nél, vagy rajta keresztül, szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.
- 3. Belgyógyászati ellátás:** a következő belgyógyászati szakorvosi vizsgálatok, kontrollvizsgálatok és kezelések: kórelőzmény felvétele, fizikális vizsgálat (különösen vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), belgyógyász által teljesíthető receptírás, injekciók beadása, helyszíni gyógyszerelés. A belgyógyászati ellátás részét képezik továbbá az alábbi műszeres vizsgálatok: nyugalmi EKG (12 elvezetéses), ABPM (24-órás vérnyomás-monitoring), Holter (24-órás EKG), csontsűrűség meghatározása sarokcsont ultrahanggal.
- 4. Szakorvosi vizsgálat:** olyan, szakorvos által végzett vizsgálat, amely az orvosi szakma általánosan elfogadott szabályai szerint valamely orvosi szakterület szakorvosa által végezhető.
 - 4.1 Kontrollvizsgálat:** olyan szakorvosi vizsgálat, melyet ellenőrzés céljából rendelt el a szakorvos, vagy amelyre a korábbi szakorvosi vizsgálatot szükségessé tevő panaszok miatt, azt követően 1 hónapon belül volt szükség ugyanazon a szakterületen.
- 5. Alap-laborvizsgálatok:** vérvizsgálat (így különösen: vérékép, vörösvérsejt-süllyedés (We), vércukor, koleszterin /összkoleszterin, HDL, LDL/, triglicerid, véralvadás-vizsgálat, TSH, FT3, FT4, PSA); teljes vizeletvizsgálat; székletvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, széklet immunvérteszt; fertőzésvizsgálat (kivéve STD-teszt, HIV-teszt), terhesség megállapítása. **Nem tartoznak az alap-laborvizsgálatok körébe** a következők: az említettekén túli hormonvizsgálatok, immunológiai és szerológiai vizsgálatok, tumormarker-meghatározások, hematológiai vizsgálatok, PCR, toxikológiai vizsgálatok, genetikai vizsgálatok.
- 6. Alap-diagnosztikai vizsgálatok:** nőgyógyászati citológiai vizsgálat, EKG (nyugalmi, terheléses), 24-órás vérnyomás monitor (ABPM), 24-órás EKG (Holter), ultrahangos vizsgálatok, röntgen, mammográfia, szűrő audiometria (hallásvizsgálat), arteriográfia, dermatoszkópia, Doppler, csontsűrűség-vizsgálat sarokcsont ultrahanggal, látótérvizsgálat, allergiatesztek (Epicutan-teszt, életkortól függően: bőrpróbával /Prick-teszt/ vagy allergiateszt vérvétellel).
- 7. Egynapos sebészeti beavatkozás:** jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre specializáltan működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt, és elvégezhető az ellátást igénybe vevő választása és vizsgálati eredménye alapján, továbbá: amely elvégzését követően – függetlenül attól, hogy altatásban vagy anélkül végezték – az ellátott az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán, kíséreléssel hagyja el az intézményt.
- 8. Fejlett (képalkotó és más jellegű) diagnosztikai vizsgálatok:** aspirációs citológia, biopszia, anoszkópia-rectoszkópia, gasztroszkópia, colonoszkópia, MRI (mágneses rezonanciás képalkotás), CT (komputertomográfia), Cardio-CT (kardio-komputertomográfia), PET-CT (pozitron emissziós tomográfia és komputer tomográfia egyszerre és egymást kiegészítő alkalmazása), centrális csontsűrűség-vizsgálat, EEG, ENG, EMG, angiográfia, scintigráfia, spirometria.
- 9. Betegszállítás:** a biztosítottnak a lakóhelye és az orvosi kezelésre alkalmas legközelebbi, illetve az EESZ által kijelölt egészségügyi szolgáltató között mentőautóval történő szállítása, amelyet a biztosított (szak)orvosi beutaló alapján az EESZ-en keresztül vesz igénybe.

A betegszállítás akkor igényelhető, ha azt (szak)orvos elrendeli, hogy biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést olyan esetben, amikor mentőápolói felügyeletre orvosi szempontból nincs szükség, és az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható.
- 10. Össejt levétele:** a biztosított gyermekének születésekor a gyermek köldökzsinórvéréből történő, úgynevezett embriónális össejt levétele.
- 11. Szűrővizsgálat:** az ÁBeF 43. pontja szerinti olyan vizsgálat, amely a jelen biztosítási feltételek keretében a következő elemekből áll.
 - 11.1 Alap szűrővizsgálat:** belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, vércukor- és koleszterinszint meghatározása stix-szel, valamint vizeletvizsgálat stix-szel, hasi és kismedencei ultrahangos vizsgálat.
 - 11.2 Emelt szűrővizsgálat:** belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, szemészeti szakvizsgálat, kétirányú mellkas-röntgen, laborvizsgálat (vérkép, vörösvérsejt-süllyedés /We/, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid, vércukor, májfunkció (SGPT, GOT, GGT, ALP, Se bilirubin/, vesefunkció

/CN, kreatinin/, teljes vizeletvizsgálat, 40 éves kor fölött széklet immun vérteszt, valamint nőgyógyászati szakvizsgálat (citológia és hüvelyi ultrahang) nőknek, urológiai szakvizsgálat (40 év felett PSA is) férfiaknak.

12. **Természetgyógyászati tanácsadás:** orvos-természetgyógyász által végzett holisztikus szemléletű életmód- és életviteli tanácsadás az úgynevezett komplementer medicina (természetgyógyászat) szakmai elveinek megfelelően a bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine) kiegészítőjeként.
13. **Szív- és érrendszeri kockázatbecslés:** felmért rizikófaktorok (kockázati tényezők: vérnyomás, koleszterin, vércukorszint, testsúly és dohányzás) alapján annak a valószínűségnek a meghatározása, hogy a vizsgált személynél a kockázatbecsléstől számított 10 éven belül fatális szív- és érrendszeri esemény fog történni.
14. **Diétás szaktanácsadás:** a szív- és érrendszeri rizikófaktorok (kockázati tényezők) optimális célértékének dietetikus által történő meghatározása és szaktanácsadás a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatának csökkentéséhez.
15. **Szolgáltatási limitösszeg:** a biztosító egyes szolgáltatások esetén eseti és/vagy éves összehatárokat alkalmazhat, amelyek mértékét a biztosítási szerződés tartalmazza. Az éves limitösszegek az egyes biztosítási időszakokra (17. pont) vonatkoznak.

II. A BIZTOSÍTÁS TARTAMA, BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK, VÁRAKOZÁSI IDŐ, TERÜLETI HATÁLY

16. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően a biztosítás kezdeteként megjelölt hónap és nap szerinti évforduló.
17. Az **első biztosítási időszak** a szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam. A további **biztosítási időszakok** a biztosítási évfordulók közötti egy éves időtartamok.
18. A **biztosítási szerződés határozatlan tartamú**. Amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik, de legkésőbb annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított a 60., illetve – az 1. számú Függelékben jelzettek szerint egyes szolgáltatási csomagok esetében – a 65. életévét betölti.
19. Jelen feltételek esetében a **várakozási idő** a szerződés hatályba lépésétől számított 3 hónap.
A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag azokra a biztosítási eseményekre terjed ki, amelyek a várakozási idő alatt bekövetkezett balesetek (ÁBeF 32. pont) közvetlen következményeinek tekinthetők, kivéve a baleset következtében kialakult vagy rosszabbodott hasi vagy altesti sérveket.
20. Jelen biztosítási szerződés keretében a Biztosító a **biztosítási szolgáltatásokat Magyarország területén** nyújtja.

III. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAI

21. A Szerződő és Biztosított a MediQa betegségbiztosítás **biztosítási ajánlatán jelöli meg, hogy mely szolgáltatások (továbbiakban együtt: szolgáltatási csomag) vonatkoznak a Biztosítottra**. A választható szolgáltatási csomagokat a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képező 1. számú Függelék tartalmazza.
22. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy:
 - 22.1 az igényelt 24–26., valamint 28–37. pontok szerinti szolgáltatások a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt bekövetkezett balesete (ÁBeF 32. pont) vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége (ÁBeF 33. pont) – mint biztosítási esemény – miatt váljanak szükségessé;
 - 22.2 az EESZ a Biztosítottnak a 24–26., 28–30., valamint 34–37. pontok szerinti ellátásra vonatkozó igényét a jelen biztosítási feltételek alapján megalapozottnak minősítse, és a szolgáltatás igénybevételére rajta keresztül történjen.
23. A biztosító szolgáltatásai nem foglalják magukba a gyógyszerek, védőoltások és gyógyászati segédeszközök árának térítését, ide nem értve a 33.3 pont szerinti rehabilitációs szolgáltatás keretében igénybe vett szolgáltatásokat.
24. **BELGYÓGYÁSZATI ELLÁTÁS:** a 22. pont alapján igénybe vett 3. pont szerinti szolgáltatás.
25. **SAKORVOSI VIZSGÁLAT, KONTROLLVIZSGÁLAT:** a 22. pont alapján igénybe vett 4–4.1 pontok szerinti szolgáltatás.
26. **ALAP-LABOR ÉS ALAP-DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** a jelen biztosítás keretében elvégzett belgyógyászati vagy szakorvosi vizsgálat alapján szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 5–6. pontok szerinti szolgáltatás.
27. **Egy biztosítási időszakon belül a Biztosított az alább meghatározott esetszámgig külön térítés nélkül** veheti igénybe a 24–26. pontok szerinti szolgáltatásokat.
 - 27.1 A Biztosító a Biztosított számára az EESZ-en keresztül **belgyógyászati ellátáshoz való hozzáférést** (24. pont) – eltérő rendelkezésig – **esetszámkorlátozás nélkül** és külön térítési kötelezettség nélkül nyújtja a kockázatviselés tartama alatt.
 - 27.2 A Biztosító a **szakorvosi és kontrollvizsgálatokhoz** – ide nem értve a belgyógyászati ellátást, valamint az **alap-labor és alap-diagnosztikai vizsgálatokat** (26. pont) – **való hozzáférést** (25. pont) egy biztosítási időszakon belül együttesen **12 vizsgálatig külön térítési kötelezettség nélkül** nyújtja.
Amennyiben a Biztosított által igénybe vett ilyen vizsgálatok együttes száma **meghaladja a térítés nélkül nyújtott vizsgálatok számát**, akkor az ugyanabban a biztosítási időszakban igénybe vett minden további vizsgálatot a Biztosító az 1. számú Függelékben szereplő részleges térítési díjak ellenében nyújtja: **A fenti (27.1, 27.2 pont) esetekben a Biztosítónak jogában áll a (részleges) térítés nélkül igénybe vehető ellátások, illetve vizsgálatok számát, valamint a részleges térítési díj mértékét évente egyszer, a biztosítási évfordulóval módosítani, amelyről a biztosítási évfordulót megelőző 60. napig küld értesítést. A részleges térítési díjak emelésének mértéke legfeljebb a kiadásra kerülő és az azt megelőzően hatályos 1. számú Függelék érvé-**

nyességének kezdeti időpontjait félévvel megelőző időpontok közötti időszakra vonatkozó, a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett fogyasztói egészségügyi szolgáltatási árindexnek megfelelő mértékben emelkedhet. Részleges térítési díj felszámítására legkorábban a 6. vizsgálatot követően kerülhet sor.

Amennyiben a térítés nélkül igénybe vehető vizsgálatok száma csökken, úgy a korábban nem meghatározott esetekre az első csoport részleges térítési díjai kerülnek alkalmazásra.

A részleges térítési díjat a Biztosított a vizsgálat helyszínén számla ellenében köteles megfizetni.

28. **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS MEGSZERVEZÉSE ÉS TÉRÍTÉSE:** a biztosított a jelen biztosítás keretében elvégzett belgyógyászati vagy szakorvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a 7. pont szerinti szolgáltatás.

A biztosító az egynapos sebészeti beavatkozás szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit a biztosítási ajánlaton meghatározott éves forint-limit erejéig.

29. **FEJLETT (KÉPALKOTÓ ÉS MÁS JELLEGŰ) DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** a biztosított a jelen biztosítás keretében elvégzett belgyógyászati vagy szakorvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a 8. pont szerinti szolgáltatás.

A biztosító a fejlett diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit a biztosítási ajánlaton meghatározott éves limit erejéig.

30. **BETEGSZÁLLÍTÁS MEGSZERVEZÉSE ÉS TÉRÍTÉSE:** a biztosított által a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt, az EESZ-en keresztül igénybe vett, a 9. pont szerinti szolgáltatás.

A biztosító a betegszállítási szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett betegszállítási számlával igazolt költségeit a biztosítási ajánlaton meghatározott éves limit erejéig.

31. **OTTHONÁPOLÁSI TÁMOGATÁS:** a Biztosított a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt végrehajtott műtétet (ÁBeF 34. pont) követően szolgáltatásként a Biztosító a szolgáltatási csomagban meghatározott otthonápolási támogatási összeget fizeti ki a Biztosítottnak, amennyiben a szolgáltatási igény bejelentésekor a Biztosított életben van, feltéve, hogy

- 31.1 a **műtét** a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Tagozatának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása szerint a 3-tól 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. Az érintett műtétek körének rövid kivonata a jelen *Feltételek* 2. számú *Függelékét* képezi.

Amennyiben a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Tagozata a műtétek osztályozását megváltoztatja, a Biztosítónak jogában áll az új osztályozást figyelembe venni.

32. **ŐSSEJT LEVÉTEL TÉRÍTÉSE:** a Biztosított a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte után született gyermekén elvégzett, a 10. pont szerinti beavatkozás esetén a biztosító megtéríti az összejt-levétel számlával igazolt költségét az 1. számú *Függelékben* meghatározott feltételekkel az eseti limit erejéig.

33. **BALESETI EREDETŰ, 50%-OS MÉRTÉKET ELÉRŐ MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS ESETÉRE JÁRÓ SZOLGÁLTATÁS:**

- 33.1 A **biztosítási esemény** a biztosítottat ért, a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt bekövetkezett baleset (ÁBeF 32. pont), amely a biztosított a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, 50%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.

- a) A kockázatviselés ideje alatt bekövetkezett baleset(ek)ből eredő, több szervet, testrészt érintő többszörös károsodások vagy funkciócsökkenések esetén a maradandó egészségkárosodások százalékos mértékei összeadódnak, de a biztosító a szerződés fennállása alatt a jelen szolgáltatás keretében legfeljebb egyszer térít.

- b) A maradandó egészségkárosodás százalékos mértéke az összes körülményt figyelembe vevő orvosi vizsgálat során, az alábbi táblázat iránymutató értékei alapján kerül megállapításra:

Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Egyik kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%
Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan módon	100%
Mindkét lábszár elvesztése, megmaradó jó térdfunkcióval	80%
Egyik láb combközép fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérző teljes elvesztése	10%
Ízlelő képesség teljes elvesztése	5%

- c) Testrészek vagy érzékszervek részleges elvesztése vagy funkciócsökkenése esetén a biztosító a fenti táblázat megfelelően csökkentett értékeit veszi figyelembe.
- d) A táblázatban nem szereplő esetekben – a jelen biztosítás vonatkozásában – a biztosító orvos szakértője állapítja meg, hogy a biztosított normál testi vagy szellemi teljesítőképessége milyen mértékben károsodott. A biztosító orvos szakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más intézmények, orvos szakértők megállapításától.
- e) Amennyiben a baleset során olyan funkciók, testrészek károsodnak, amelyek működképessége már a baleset előtt csökkent volt, akkor a vonatkozó százalék megállapításánál az előzetes egészségkárosodás százalékos mértéke levonásra kerül.
- f) A biztosító a maradandó egészségkárosodás mértékét legkorábban a balesetet követő 15 nap elteltével, legkésőbb a balesetet követő 2 év elteltével állapítja meg.
- g) Ha a baleset következtében a biztosított 30 napon belül meghal, a szolgáltatás nem igényelhető. Ha a biztosított 30 napon túl, de az előtt meghal, hogy a biztosító az egészségkárosodás mértékét véglegesen megállapította volna, a térítési összeget a biztosító az addigi orvosi vizsgálatok eredményeként született iratok alapján állapítja meg.
- 33.2 A biztosító a 33.1 pontban szereplő biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott – a baleset időpontjában érvényes – biztosítási összeget fizeti ki a Biztosítottnak.
- 33.3 A Biztosított – a Biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a biztosítási összeggel megegyező összegig terjedő **REHABILITÁCIÓS SZOLGÁLTATÁS** igénybe vételére. A rehabilitációs szolgáltatás a következőket tartalmazza:
- **Orvosi rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: rehabilitáció fizikális és pszichológiai rehabilitációs kezelésekre szakosodott egészségügyi intézményekben, szükséges gyógyászati segédeszközök, betegápolás.
 - **Szociális rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: lakás-átalakítás, hivatali információ-szerzés és ügyintézés, háztartási segítség.
- A rehabilitációs szolgáltatás esetenkénti tartalmát a Biztosító szerződött partnerének rehabilitációs menedzsere egyezteti a Biztosítóval.

IV. EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK

34. **SZŰRŐVIZSGÁLAT:** a 14. életévét betöltött Biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt az EESZ-en keresztül **kétévente** (minden második biztosítási évben) jogosult igénybe venni a 11.1. pont szerinti szolgáltatást. A szűrővizsgálatot első alkalommal a második biztosítási időszakban vehető igénybe. Az 1. számú Függelékben meghatározott megfelelő szolgáltatási csomaggal rendelkező Biztosított az előző bekezdés

szerinti szűrővizsgálatokat közvetlenül követő biztosítási években a 11.2. pont szerinti **emelt szűrővizsgálatra** jogosult.

Amennyiben a biztosított az adott biztosítási időszakban a szűrővizsgálatot nem veszi igénybe, a jogosultság nem vihető át a következő biztosítási időszakra.

35. **TERMÉSZETGYÓGYÁSZATI TANÁCSADÁS:** a biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt, szakorvosi vizsgálat után, a **szakorvos javaslatára az EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 12. pont szerinti szolgáltatást, melyet az EESZ e-mail-en keresztül nyújt.
36. **SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI KOCKÁZATBECSLÉS:** a biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt az **EESZ-en keresztül** biztosítási időszakonként egyszer veheti igénybe a 13. pont szerinti szolgáltatást.
37. **DIÉTÁS SZAKTANÁCSADÁS:** a biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–21. pont) alatt az **EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 14. pont szerinti szolgáltatást.

V. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

38. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, a díjfizetésre halasztást nem kapott, illetve a biztosító díjkövetelését bírói úton nem érvényesíti, a biztosító a kockázatot az első elmaradt díj esedékességétől számított **60 napig** viseli azzal, hogy az első elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap elteltével a biztosított nem jogosult a biztosítási szolgáltatások igénybe vételére mindaddig, amíg az elmaradt díjakat nem egyenlíti ki. Ez idő alatt a szerződő az elmaradt díjfizetést pótolhatja. Amennyiben ez nem történik meg, a biztosító **kockázatviselése és a biztosítási szerződés** a határidő leteltével minden külön értesítés nélkül **megszűnik**.
39. A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítási szerződés **nem reaktiválható**, azaz nem helyezhető újra érvénybe.

VI. DÍJMÓDOSÍTÁS, ÉRTÉKKÖVETÉS

40. A biztosító a biztosítási időszak kezdetével jogosult a biztosítás díját a nyújtott szolgáltatások piaci árának változása, továbbá a biztosítási események kockázatközösségen mért gyakorisága miatti felülvizsgálatára, és biztosításmatematikai alapon új díjtétel megállapítására.
41. A módosított díjról a biztosító annak érvénybe lépése előtt 60 nappal írásban tájékoztatja a szerződőt.
42. A szerződőnek jogában áll az emelést a módosított díj érvénybe lépését megelőző 30. napig írásban visszautasítania. Amennyiben a szerződő visszautasítja a díjmódosítást, úgy a biztosítási szerződés a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző napon megszűnik.
43. A 40–42. pontokban meghatározott díjmódosításon túlmenően értékkövetésre nincs lehetőség.

VIII. KIZÁRÁSOK, MARADÉKJOGOK

44. A biztosítási események köréből az ÁBeF 82–83. pontjaiban meghatározottakon túl **kizárásra** kerülnek

44.1 azok az események, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak

a) az alábbi fertőző betegségekkel: TBC, tetanusz, veszettség, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek (többek között malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz), SARS, ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés, mely ellen a betegség diagnosztizálását megelőző 30. napon még nem rendelkeztek Magyarországon hatékony védőoltással, antibiotikummal vagy más gyógyszerrel;

b) a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel;

c) a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével, valamint terhesség-megszakításával kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást és a 10. pont szerinti összejtévételt);

44.2 a szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások;

44.3 a protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetése;

44.4 a sürgősségi ellátások (ÁBeF 45. pont).

45. A biztosítási szerződésben nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek szolgáltatás nyújtása nélküli megszűnése esetében fennmaradó maradékjogok (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási kötvénykölcsön nem igényelhető, és többlethozam-megosztásra nem kerül sor.

IX. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

46. A tényleges egészségügyi ellátást az 1. pont szerinti egészségügyi szolgáltató nyújtja, illetve szervezi, melynek tevékenységére az egészségügyi törvény rendelkezései vonatkoznak. Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért a szolgáltató, és nem a biztosító tartozik helytállni. A biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az elkövetett orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt vizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

A MediQa betegségbiztosítás különös feltételeihez

A MediQa betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai

(Az egyes szolgáltatásokról további információk a MediQa betegségbiztosítás különös feltételeiben találhatók.)

	BÁZIS_60	STANDARD_60	OPTIMUM_65	PRÉMIUM_65
Call Center (ellátás-szervezés) + UNIQA Med forródrót*	✓	✓	✓	✓
Alap szűrővizsgálat (2 évente)	✓	✓	✓	✓
Emelt szűrővizsgálat (2 évente)	–	–	–	✓
Belgyógyászat + alap-labor és alap-diagnosztikai vizsgálatok (korlátlan)	✓ Éves limit**: nincs	✓ Éves limit**: nincs	✓ Éves limit**: nincs	✓ Éves limit**: nincs
Szakorvosi vizsgálatok	Éves limit**: 2 alkalom, afölött teljes térítés	Éves limit** 12 alkalom, afölött önrész-fizetési kötelezettség: 13–18. vizsgálat: 3 000 Ft, 19–24. vizsgálat: 5 000 Ft 25–36. vizsgálat: 7 000 Ft 37. vizsgálattól: 9 000 Ft		
Fejlett diagnosztika (képalkotó és endoszkópos eljárások)	–	–	Éves limit**: 300 000 Ft	Éves limit**: 500 000 Ft
Egynapos sebészet	–	–	Éves limit**: 300 000 Ft	Éves limit**: 300 000 Ft
Otthonápolási támogatás (súlyos műtét után egyösszegű térítés)	–	–	–	200 000 Ft
Betegszállítás	–	–	Éves limit**: 150 000 Ft	Éves limit**: 150 000 Ft
50%-ot elérő baleseti maradandó egészségkárosodás esetén egyösszegű térítés és rehabilitációs támogatás	–	–	1 500 000 Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás	5 000 000 Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás
Össejt levétel***	–	–	–	Gyermekenként 150 000 Ft
Egyéb szolgáltatások				
Szív- és érrendszeri kockázatbecslés, diétás és természetgyógyászati tanácsadás	✓	✓	✓	✓
20% kedvezmény a Medcover Egészség- központjaiban és Egészség Pontjain a biztosítással nem fedezett szolgáltatásokra	✓	✓	✓	✓
Második orvosi vélemény	–	–	✓	✓

* Az UNIQA Med forródrót telefonos tájékoztató szolgáltatása NEM helyettesítheti a beteg személyes orvosi vizsgálatát, és így utóbbi elmaradása esetén az ebből fakadó bármely következményért, illetve kárért az UNIQA Biztosító Zrt. semmilyen felelősséget nem vállal.

** Éves limit: a biztosító egyes szolgáltatások esetén az éves igénybevételek számát korlátozhatja és/vagy éves limitösszegeket alkalmazhat, amelyek mértékét a biztosítási szerződési feltételek szerint módosíthatja.

*** Az összejt levétel szolgáltatás abban az esetben vehető igénybe, ha a gyermek születésekor mindkét szülő már legalább 1 éve rendelkezik a MediQa betegségbiztosítás PRÉMIUM_65 csomagjával.

A biztosítási szerződés határozatlan tartamú. Amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik, a következő feltételekkel:

- a BÁZIS_60 és a STANDARD_60 szolgáltatási csomagok esetében a biztosítási szerződés legkésőbb annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított betölti a 60. életévét.
- az OPTIMUM_65 és PRÉMIUM_65 szolgáltatási csomagok esetében a biztosítási szerződés legkésőbb annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított betölti a 65. életévét.

A MediQa betegségbiztosítás különös feltételeihez

Kivonatos műtéti lista

A MediQA 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 térített műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója

3-4. CSOPORT

1. Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása
2. Üvegtest csere
3. Műtét a közép-, illetve a belsőfülben
4. Gége egy részének eltávolítása
5. Hangréstágító műtét külső feltárásból
6. Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása
7. Nyaki csigolya műtéte
8. Gerinctörés csontdarab kiemelése a gerinccsatornából
9. Gerinc belső rögzítése
10. Felső tüdőlebeny eltávolítása
11. Tüdőátültetés
12. Szívátültetés
13. Billentyűplasztika aortabillentyűn
14. A jobb koszorúér áthidaló műtéte (bypass műtét)
15. Koszorúér-szűkület műtéti tágítása
16. Pitvari sérülés ellátása
17. Hasnyálmirigy-átültetés
18. Veseátültetés
19. Vastagbél teljes eltávolítása
20. Műanyag háló beépítése hasfali sérv műtétjéhez
21. Érpótlás a medencei- és combverőér között
22. Könyökprotézis
23. Csuklóprotézis
24. TEP, teljes csípőprotézis
25. Teljes térdprotézis beültetés

A MediQa betegségbiztosítás különös feltételeihez

Jelen Függelék a MediQa betegségbiztosítás keretein belül igénybe vehető néhány diagnosztikai vizsgálat és egynapos sebészeti beavatkozás átlagos költségeit tartalmazza **tájékoztató** jelleggel.

Felhívjuk a figyelmét, hogy az alábbi táblázatban szereplő költségek az egyes konkrét vizsgálatok esetén változhatnak.

Fejlett diagnosztikai vizsgálatok	
MRI (gerinc, kontrasztos)	58 300 Ft
MRI (hasi, kontrasztos)	48 000 Ft
MRI (váll, natív)	22 500 Ft
MRI (gerinc, natív)	15 000 Ft
PET CT	250 000 Ft
CT (mellkasi)	40 000 Ft
CT (hasi)	31 490 Ft
CT (koponya)	22 500 Ft
CT (nyaki gerinc)	17 500 Ft
ENG	50 000 Ft
EEG	13 515 Ft
EMG	9 750 Ft
Csont-scintigráfia	53 000 Ft
Scintigráfia (terheléses szívizom)	40 900 Ft
Scintigráfia (vese, tüdő, csont, pajzsmirigy)	12 500 Ft
Vese biopszia	36 300 Ft
Angiográfia	20 000 Ft
Colonoscopia	29 000 Ft
Gastroszkopia	20 000 Ft
Rectoscopia	15 000 Ft
Centrális csontsűrűség-vizsgálat	18 500 Ft
Aspirációs citológia	10 000 Ft
Spirometria	3 000 Ft
1 napos sebészeti beavatkozások	
Kisebb 1 napos sebészeti beavatkozás	125 000 Ft
Szürkehályog műtét	242 000 Ft
Mandulaműtét	142 000 Ft
Visszér-tágulat kezelése	165 300 Ft
Laparoszkópos epekő-eltávolítás	250 000 Ft
Lágyéksérv-műtét	146 200 Ft

A jelen árlista csak egy kivonat, a teljes árlistáról kérjen tájékoztatást az UNIQA Med forrádróton keresztül: +36 1 465-3125.

Érvényes: 2011. május 15-től visszavonásig



Az UNIQA Biztosító Zrt. az ISO 9001:2008
minőségügyi szabvány szerint tanúsított
pénzügyi szolgáltató.

További információval biztosítási tanácsadója készséggel áll
rendelkezésére. Bizalommal fordulhat ezen túl az ország számos pontján
megtalálható kirendeltségeinkhez is. Regionális központjaink:

Dél-magyarországi Régióigazgatóság

6000 Kecskemét, Csányi J. u. 1–3. · Tel.: +36 76 500-330

Észak-magyarországi Régióigazgatóság

3525 Miskolc, Széchenyi u. 3–9. · Tel.: +36 46 500-950

Dél-dunántúli Régióigazgatóság

7621 Pécs, Citrom u. 2. · Tel.: +36 72 513-850

Nyugat-magyarországi Régióigazgatóság

9024 Győr, Baross Gábor út 43. · Tel.: +36 96 504-985

Vezérigazgatóság

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

Tel.: +36 1 5445-555, +36 20 5445-555, +36 30 5445-555, +36 70 5445-555

E-mail: info@uniqa.hu · Internet: www.uniqa.hu