



MediQa Group

Betegségbiztosítás

Ügyféltájékoztató

MediQa Group betegségbiztosítás

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtétele előtt figyelmesen olvassa el az Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatónkat és a **szerződési 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 tudnivalókat a MediQa Group betegségbiztosítás feltételei (továbbiakban: feltétel) tartalmazza.

A szerződési feltételekben szereplő információk könnyebb felkelhetőségét az alábbi összefoglalóval kívánjuk segíteni:

Fontos 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 a feltétel 5–29. pontjaiban szerepelnek.
- A feltétel 36–93. pontja a **biztosítási eseményeket** és **szolgáltatásokat** tartalmazza, a kapcsolódó fogalmak magyarázatával együtt.
- A **díjfizetésre, elszámolásra** vonatkozó feltételeket, az érték-követési lehetőséget a feltétel 96–112. pontja szabályozza.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** a feltétel 114–125. pontja foglalja össze.
- A biztosító **mentesüléséről** és a **nem vállalható** (kizárt) kockázatokról a feltétel 126–131. pontja tájékoztat.
- A feltétel 132–139. 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 köthető határozott vagy határozatlan tartamra. Határozatlan tartamú szerződésnél, 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 az utolsó adatközlőben foglaltaknak és a szerződés tartalmának megfelelően további egy biztosítási időszakra folytatódik.**

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 a feltétel 132–136. pontja tartalmazza.

- Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok meg sértése 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, feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa, feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, a pénzmosás 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 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.
- Az adatkezelés a szerződő és a biztosított hozzájárulásán alapul, jogalapját a 2011. évi CXII. törvény 5.§ (1) a) bekezdésében foglaltak képezik. Az adatokat az UNIQA Biztosító Zrt. kezeli, adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Bécs, Untere Donau Strasse 21.), az UNIQA Raiffeisen Software Service Kft., az UNIQA Software Service Kft. és a DRESCHER Magyarországi Direct Mailing Kft. jár el. Az adatokat ezen személyeken túlmenően a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) meghatározott személyek ismerhetik meg. Adatai kezeléséről az UNIQA Biztosító Zrt.-nél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, (a kötelező adatkezelés kivételével) törlését, zárolását, tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogsértés esetén bírósághoz fordulhat. A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos esetleges panaszait (szóban, írásban, telefonon is) előterjesztheti az UNIQA Biztosító Zrt. székhelyén (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.), vagy a Társaságunk cégjegyzék szerinti telephelyein. Amennyiben ennek feltételei – a 2010. évi CLVIII. törvény 64. § (2) bekezdése alapján – fennállnak panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnek (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) az eljárását kezdeményezheti; végső soron pedig bírósághoz is fordulhat. A biztosítási szerződésből származó igények érvényesítésére indított valamennyi perre a magyar Polgári perrendtartás szabályai az irányadók. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a Társaságunk székhelyén és telephelyein megtalálható Panaszkezelési szabályzatból, mely elérhető a www.uniqa.hu honlapon is.

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

MediQa Group Betegségbiztosítási feltételek 001

Jelen feltételek ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban: **biztosító** – azon betegségbiztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

Az itt nem szabályozott kérdésekben a hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a szerződésben és annak feltételeiben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését valamennyi biztosítottra együttesen vállalja.
 - 2.1. A **szerződő** lehet bármely Magyarországon működő
 - a) jogi személyiséggel nem rendelkező munkáltató,
 - b) cégjegyzékbe, illetve más bírósági nyilvántartásba felvett jogi személy, illetve gazdasági társaság,
 - c) egyéb szervezet, közösség.
 - 2.2. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.
 - 2.3. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** eljuttatták.
 - 2.4. A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosított(ka)t tájékoztatni.
3. A biztosítási szerződés **egyidejűleg egy vagy több, biztosítottakból álló csoportra** vonatkozik.

A **CSOPORTOK** képzése a szerződő által, az ajánlatban meghatározott objektív szempont(ok) – többek között a foglalkozás, a beosztás, a munkavégzés helye, a munka veszélyessége – alapján, természetes személyekre vonatkozóan történhet.

 - 3.1. **BIZTOSÍTOTT** az a természetes személy, akit a szerződő – mint a szerződésben megjelölt valamelyik csoport tagját – biztosításra jelölt, és akire vonatkozóan a biztosító a kockázatviselést vállalta.
 - 3.2. **Biztosított személy nem lehet az, aki**
 - a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében betölti vagy korábban már betöltötte 65. életévét,
 - a biztosítás rá vonatkozó kezdete előtt már nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas, baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, rehabilitációs ellátásban, rokkantsági ellátásban részesül, illetve munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatósághoz;
 - GYES-en, illetve GYED-en van,
 - rendkívüli okból fizetés nélküli szabadságát tölti;
 - a szerződőnél megbízási, illetve vállalkozási szerződéssel foglalkoztatott személy, akinek a foglalkoztatása nem éri el a 30 órát hetente.

3.3. A szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt a biztosított nem léphet a szerződő helyébe.

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 szerződés a jelen **Feltételekből**, továbbá **ajánlatból**, **kötvényből** és a **Szerződő nyilatkozatából** áll, melyet a biztosítottakra vonatkozó **adatközlők** és egyéb **nyilatkozatok** egészíthetnek ki.
6. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő a biztosítóhoz intézett **írásbeli ajánlattal** kezdeményezi.
7. 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.
8. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.
9. 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.
10. 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.
11. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységéhez történő – beérkezését követő **15 napon belül** indoklás nélkül **elutasítani**.
12. A szerződés létrejön abban az esetben is, ha a biztosító az összes szükséges kellelkel (adatközlővel, nyilatkozattal) ellátott ajánlatra, annak beérkezését követő 15 napon belül nem nyilatkozik.
13. Biztosítási szerződés köthető **határozott vagy határozatlan tartamra**.
14. 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.

15. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően minden évben a kötvényen ekként megjelölt hónap és nap. Az évfordulókhoz kapcsolódnak – többek között – a felmondási jog, a biztosítási díj elszámolása, a szerződés tartalmi módosítása és az esetleges értékkövetés.
16. 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.
17. **Határozatlan tartamú** szerződésnél, 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 az utolsó adatközlőben foglaltaknak és a szerződés tartalmának megfelelően **további egy biztosítási időszakra** folytatódik.

A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

18. A biztosítás az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a szerződő az **első díjat** a biztosító számlájára vagy pénztárába befizeti, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodtak meg, feltéve, hogy a szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.
19. 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, „KEZDETI” ÉS „ÚJ” BIZTOSÍTOTTAK

20. A **KEZDETI** (a szerződésbe annak kezdetével bevont) **biztosítottakra** vonatkozóan a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** a szerződés hatálybalépésével egyidejűleg kezdődik. Ha a felek díjhalasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete a szerződésben kerül rögzítésre.
- ÚJ** (meghatározott csoportba a szerződés kezdetét követően belépő) **biztosítottokra** a biztosító **KOCKÁZATVISELÉSE** az azt követő napon kezdődik, amikor a biztosítóhoz a szerződésben előírt módon a vonatkozó adatközlés beérkezik, feltéve, hogy a biztosító a kockázatviselést az adatközlő beérkezését követő 15 napon belül nem utasította vissza.
21. Ha egy kezdeti biztosított a biztosítási szerződés kezdetekor **betegszabadságon** vagy **táppénzes állományban** van, a biztosító kockázatviselése csak személyre szabott kockázatelbírálást követően, de legkorábban a betegszabadság, illetve a táppénzes időszak leteltével kezdődhet. Az ilyen esetekben a betegszabadság, illetve a táppénzes időszak leteltét a biztosítóhoz be kell jelenteni, és a bejelentését követő 15 napon belül a biztosítónak lehetősége van a kockázat vállalását véglegesen elutasítani.
22. Amennyiben valamely biztosított vonatkozásában a szerződés tartama alatt a biztosítási összeg megemelkedne, a biztosító a megnövekedő biztosítási összeg elfogadását (újabb) kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti.
23. A **betegségbiztosítások** esetében a biztosító kockázatviselése csak a **Magyarországon** bekövetkező biztosítási eseményekre terjed ki. Jelen biztosítási szerződés keretében a Biztosító a **betegségbiztosítási szolgáltatásokat Ma-**

gyarország területén nyújtja. A balesetbiztosítási kockázatok esetén a kockázatviselés **területi hatálya a világ összes országa.**

24. A szerződés a fentiektől eltérő területi hatályt és kezdeti kockázatviselési időpontokat is rögzíthet.

VÁRAKOZÁSI IDŐ

25. Az általános **VÁRAKOZÁSI IDŐ** a szerződés hatálybalépésétől számított **3 hónap.**
- A várakozási idő alatt a biztosító kockázatviselése kizárólag azokra a biztosítási eseményekre terjed ki, amelyek a várakozási idő alatt bekövetkezett balesetek (39. pont) közvetlen következményeinek tekinthetők, kivéve a baleset következtében kialakult vagy rosszabbodott hasi vagy altesti sérveket.
26. A szerződés a fentiektől eltérő várakozási időt is rögzíthet.

A SZERZŐDÉS ÉS A KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

27. A biztosítási **szerződés** – ezzel a biztosító kockázatviselése valamennyi biztosítottra – **megszűnik** az alábbi esetek bármelyikében:
- 27.1. ha a szerződő vagy a biztosító a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal a felmondási szándékát a másik félnek írásban bejelenti, a biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- 27.2. ha a szerződő a biztosítás díját vagy díjrészletét az esedékességtől számított 60 napon belül nem egyenlítette ki, és a kiegyenlítésre vonatkozóan halasztást nem kapott, a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napjának leteltével;
- 27.3. határozott tartamú szerződés esetén a szerződés lejáratára napjának végével;
- 27.4. ha a szerződő jogutód nélküli felszámolásáról rendelkező határozat született, a rendelkező határozat szerinti utolsó működési nap és a díjfizetéssel rendezett időszak utolsó napja közül a korábbi leteltével.
28. 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.
29. **Valamely biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés** az alábbi esetek bármelyikében:
- 29.1. ha a biztosítottnak a biztosítási szerződésbe bevont valamelyik csoporthoz való tartozása (3. pont) megszűnik, a csoporttagság utolsó napjának leteltével (így többek között kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjba vonulás miatt);
- 29.2. ha a társadalombiztosítás erre kijelölt szerve legalább 50%-os egészségkárosodást állapított meg, a határozat kelte szerinti nap végével;
- 29.3. ha biztosítási eseményből eredően a biztosító legalább 50%-os maradandó egészségkárosodás miatt szolgáltatást teljesített, a teljesítés napjának leteltével;
- 29.4. annak a naptári évnek a végével, amelyben a biztosított életkora eléri a 65. életévet;
- 29.5. a biztosított halálának időpontjával.
- KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG**
30. A szerződőt és biztosítottat egyetemleges **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli, melynek értelmében a **szerződéskötéskor**, illetve a biztosítottnak a szerződésbe történő **belépésekor** kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges

minden olyan – így többek között a biztosított egészségi állapotával, a munkavégzés jellegével kapcsolatos – 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 közlések alapján a biztosító jogosult a biztosítási feltételektől eltérő szerződési feltételeket szabni (többek között pótdíj, kockázatszűkítés vagy kockázatkizárás alkalmazása).

A közlési kötelezettség vonatkozik a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló tényezők közlésére a **szerződés módosításakor** is, így különösen a biztosítási évfordulóhoz kapcsolódóan a szerződés átdolgozásakor.

31. 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.
32. 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 Pénztárt és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére, átadják.
33. A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **15 napon belül** köteles írásban **bejelenteni** a biztosított foglalkozásának, a vállalt kockázatra (például balesetveszélyre) ható **lényeges megváltozását**.
34. 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.
35. A szerződő köteles a szerződésben rögzített adatainak, jogállásának megváltozásáról a biztosítót 5 munkanapon belül írásban értesíteni. Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a szerződő viseli.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

36. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a jelen szerződési feltételekben ekként meghatározott esemény.
37. **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztétől fellépő kötelezettsége.
38. A szolgáltatás pénzben vagy más módon (például az ellátások tartalmában) kifejezett kezdeti értékét, azaz a **BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET**, illetve a **SZOLGÁLTATÁS ÖSSZETÉTELÉT** a szerződő határozza meg az ajánlattételkor a biztosító által felkínált lehetőségek közül, ha azt a feltételek másként nem szabályozzák. A szolgáltatás összege, összetétele a szerződés tartamán belül a feltételekben szabályozott esetekben és módon változhat.

39. **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.

40. **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.

41. **ELŐZMÉNY NÉLKÜLI BETEGSÉGNEK** minősül az a betegség, amely nem áll okozati összefüggésben a kockázatviselés kezdetét megelőzően fennállott vagy kórismézett vagy kezelést igénylő betegséggel vagy balesettel vagy megállapított maradandó egészségkárosodással

A biztosítottnak a nem előzmény nélküli betegségével okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított által igénybe vett egészségügyi szolgáltatás kizárólag abban az esetben minősül biztosítási eseménynak, ha az említett betegségről, a biztosító a szerződés létrejöttét megelőzően a kockázatbírálás során, vagy más – bizonyítható módon – tudomást szerzett, és a biztosító nem zárta ki kockázatviselési köréből az ezekkel összefüggő szolgáltatási igényeket, hanem vállalta a kockázatot

42. **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.

43. **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 Egészségbiztosítási Pénztár nem vagy csak részlegesen finanszírozza.

44. **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.

45. **ELLÁTÁSSZERVEZŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ (TOVÁBBIKBAN EESZ):** az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátásszervezési tevékenységet (46. pont) a biztosítottak tekintetében elvégezze.

46. **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, vala-

- mint az EESZ-nél, vagy rajta keresztül, szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.
47. **(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.
48. **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, egészségügyi ellátás keretében igénybe vett kezelés, ami nem jár kórházi fekvőbeteg-gyógykezeléssel és nem minősül egynapos sebészetnek.
49. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS:** 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.
50. **SÜRCŐSSÉGI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.
51. **PRIMER JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS:** vizsgálatok, kontrollvizsgálatok, kezelések, kisműtétek az alábbi szakterületeken: belgyógyászat, alap gyermekgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, szemészet, nőgyógyászat, urológia, bőrgyógyászat, radiológia (az ide tartozó standard diagnosztika (56. pont) körébe tartozó eszközhasználat az előbb felsorolt szakterületeken).
52. **KISZÉLESÍTETT JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS:** vizsgálatok, ellenőrző vizsgálatok, jogszabályban ekként definiált kisműtétek, kezelések az alábbi szakterületeken: allergológia, belgyógyászat, gyermekgyógyászat, gasztroenterológia, továbbá ezek társszakmái (különösen: endokrinológia, proktológia, diabetológia, infektológia, angiológia és dietetika), bőrgyógyászat, fül-, orr-, gégegyógyászat, kardiológia, neurológia, nőgyógyászat, ortopédia, urológia, pulmonológia (tüdőgyógyászat), reumatológia, szemészet, radiológia (az ide tartozó standard (56. pont), illetve fejlett diagnosztika (57. pont) körébe tartozó eszközhasználat), onkológia.
53. **SZŰRŐVIZSGÁLAT** az a vizsgálat, amelynek célja betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése. A szűrővizsgálat igénybevétele nem kötelező, de ajánlott. A vizsgálatokat életkor-specifikusan végzik, és a szűrővizsgálat tartalma személyre szabottan, az eredmények és feltárt kockázatok, illetve az orvosi javaslatok alapján kiegészülhet vagy módosulhat. A szűrővizsgálatok a jelen biztosítási feltételek keretében a következő elemeket tartalmazhatják:
- 53.1. **Alap szűrővizsgálat:** belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, szemészeti vizsgálat, laborvizsgálat (teljes vérkép, süllyedés, kreatinin, vércukor, koleszterin (LDL, HDL), triglicerid, GOT, GPT, GGT, teljes vizeletvizsgálat + üledék; legalább 50 éves korban széklet immun-vérteszt és legalább 40 éves korban férfiaknak PSA is).
- 53.2. **Emelt szűrővizsgálat:** belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, szemészeti szakvizsgálat, kétirányú mellkas-röntgen, nőgyógyászati vizsgálat (citológia, hüvelyi ultrahang, emlővizsgálat)/urológia, laborvizsgálat (teljes vérkép, vörösvérsejt-süllyedés /We/, kreatinin, vércukor, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid, májfunkció (GOT, GGT), teljes vizeletvizsgálat + üledék, legalább 50 éves korban széklet immun-vérteszt és legalább 40 éves korban férfiaknak PSA is).
54. **STANDARD LABORVIZSGÁLATOK:** vérvizsgálat (így különösen: vércép, vörösvérsejt-süllyedés (We), vércukor, koleszterin /összkoleszterin, HDL, LDL/, triglicerid, véralvadás-vizsgálat, TSH, FT3, FT4, PSA); teljes vizeletvizsgálat; székletvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, széklet immun-vérteszt; fertőzésvizsgálat (kivéve STD-teszt, HIV-teszt), terhesség megállapítása. Nem tartoznak a standard laborvizsgálatok körébe a következők: az említetteken túli hormonvizsgálatok, immunológiai és szerológiai vizsgálatok, tumormarker-meghatározások, hematológiai vizsgálatok, PCR, toxikológiai vizsgálatok, genetikai vizsgálatok.
55. **KISZÉLESÍTETT LABORVIZSGÁLATOK:** a standard laborvizsgálatokon túl hematológia, szerológia – immunológiai vizsgálat, PCR, hormonvizsgálat, tumor- és rákmárcok, HIV-teszt, STD-teszt nemi úton terjedő betegségek kiszűrésére, toxikológiai és genetikai vizsgálatok.
56. **STANDARD DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** standard laborvizsgálatok, nőgyógyászati citológiai vizsgálat, EKG (nyugalmi, terheléses, 24 órás Holter), 24-órás vérnyomás monitor (ABPM), ultrahangos vizsgálatok, röntgen (enterográfia is), mammográfia, szűrő audiometria (hallásvizsgálat), arteriográfia, dermatoszkópia, Doppler, csontsűrűség-vizsgálat sárokcsont ultrahanggal, nyelésvizsgálat röntgennel, látótér-vizsgálat, allergiateszt (Epicutan-teszt, életkortól függően: bőrpróbával /Prick-teszt/ vagy allergiateszt vérvétellel).
57. **FEJLETT (KÉPALKOTÓ ÉS MÁS JELLEGŰ) DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** aspirációs citológia, biopszia, allergének kimutatása vérvizsgálattal, anoszkópia-rectoszkópia, gasztroszkópia, colonoszkópia, alvásvizsgálat, cysztoszkópia, 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, enterográfia, scintigráfia, izületpunkció, spirometria.
58. **AMBULÁNS MŰTÉT:** olyan – járóbeteg-ellátás keretében végzett – műtét, amely után, a beavatkozást követően az ellátott személy megfigyelés után még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül sem kórházi fekvőbeteg-gyógykezelésnek, sem egynapos sebészeti beavatkozásnak.

59. **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, kísérővel hagyja el az intézményt.
60. **KIEMELT FEKVŐBETEG ELLÁTÁS:** sürgősségi, akut és tervezhető kórházi ellátás (vizsgálatok, beavatkozások, műtétek és kezelések), továbbá az itt felsorolt szakterületekhez tartozó egészségügyi ellátások, amennyiben az előbb felsoroltakat nem esztétikai, nem megelőző, nem rehabilitációs céllal végzik, és nem tartoznak a krónikus ellátás körébe.
- 60.1. A kiemelt fekvőbeteg-ellátás tartalma:
- külön e célra kialakított, igényesen berendezett, légkondicionált, fürdőszobás, egyágyas vagy kétágyas szobában történő elhelyezés,
 - 48 órán belüli kórházi elhelyezés a tervezhető esetekben,
 - diszkrét, igényes gyógyítás és ápolás, kifogástalan higiénia,
 - nővér, illetve orvos általi betegkíséret a felvételtől az elhelyezésig, valamint az időpontra egyeztetett kórházon belüli vizsgálatokra (labor, röntgen),
 - korszerű nővérhívó rendszer,
 - á la carte étkezés, igény esetén diétás is,
 - hűtőszekrény, tv, telefon az ágy mellett (a beszélgetések díját az ügyfél fizeti).
- 60.2. A kiemelt fekvőbeteg ellátás bizonyos intézményekben, a következő szakterületeken vehető igénybe: aneszteziológiai és intenzív ellátás, képalkotó eljárásokkal vezérelt invazív terápiás intervenció, oxiológia és sürgősségi orvostan, patológia, sebészeti és társ-szakmák, toxikológia, transzfuziológia, traumatológia, speciális betegségek diagnosztikája, fiziológia, klinikai genetika.
61. **MŰTÉT:** minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.
62. **MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS:** a biztosított olyan egészségkárosodása, amely testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenésével vagy végleges anatómiai elváltozással járó maradandó funkciókárosodásával jár.
63. **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.
64. **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.
65. **DIÉTÁS SZAKTANÁCSADÁS:** a szív- és érrendszeri rizikófaktorok (kockázati tényezők) optimális célértékének dietetikus által

- történő meghatározása és szaktanácsadás a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatának csökkentéséhez.
66. **FOGÁSZATI ELLENŐRZÉS:** a fogazat állapotának felmérést szolgáló és szájüregi ráksűrűst is tartalmazó fog-szakorvosi (szűrő)vizsgálat.
67. **FOGTISZTÍTÁS:** lepedék- és fogkő eltávolítását szolgáló fogászati kezelés, melynek részeként az érdesen maradt fogfelszínt polírozzák, és ha szükséges a nyálkahártyát is kezelik.
68. **HÁZIVIZIT:** bizonyos helyiségekben, területeken rendelkezésre álló, a páciens lakhelyén, illetve tartózkodási helyén (otthonában) – a 7/24 órás egészségügyi tanácsadó szolgáltatás telefonvonalán bejelentett akut ellátási esetekben – igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás. A szolgáltatás során a pácienshez háziorvosi szolgáltatással megegyező tartalmú ellátást nyújtó orvost küldenek orvosi vizsgálat elvégzése és orvosi indikáció (javaslat, illetve továbbküldés) céljából, hogy biztosítsák az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. A szolgáltatás feltétele, hogy:
- a házivizit – az annak igénybevételére vonatkozó előterjesztés során jelzett panaszok és tünetek alapján – orvos-szakmai szempontból indokolt, és
 - a páciensnek nehézséget okoz közvetlenül egészségügyi szolgáltatóhoz fordulni, valamint
 - a 7/24 órás egészségügyi szolgáltatás vonalán erre a szolgáltatásra vonatkozó ellátási igényt terjesszenek elő.
69. **TERHESGONDOZÁS:** azon egészségügyi beavatkozások, vizsgálatok, szolgáltatások összessége, amelyek járóbeteg-ellátásnak minősülnek, és közvetlenül kapcsolódnak terhesség egészségügyi ellátásához.
70. **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 (16. pont) vonatkoznak.

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAI

71. A Szerződő és a Biztosított a MediQa Group 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.
72. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy:
- 72.1. az igényelt – 74–93. pontok szerinti – szolgáltatások a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége – mint biztosítási esemény – miatt váljanak szükségessé;
- 72.2. az EESZ a Biztosítottnak a **74–81., valamint a 87–93. pontok szerinti ellátásra vonatkozó igényét a jelen biztosítási feltételek alapján megalapozottnak minősítse, és a szolgáltatás igénybevétele rajta keresztül történjen.**
73. A biztosító szolgáltatásai nem foglalják magukba a gyógyszeres és gyógyászati segédeszközök árának térítését, ide nem értve a 82.3. pont szerinti rehabilitációs szolgáltatás keretében igénybe vett szolgáltatásokat.
74. **PRIMER JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS SZOLGÁLTATÁS:** a 72. pont alapján igénybe vett 51. pont szerinti szolgáltatás.

75. **KISZÉLESÍTETT JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS SZOLGÁLTATÁS:** a 72. pont alapján igénybe vett 52. pont szerinti szolgáltatás.
76. **STANDARD LABOR ÉS STANDARD DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a 72. pont szerint a primer (51. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (52. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 54. és 56. pontok szerinti szolgáltatás.
77. **KISZÉLESÍTETT LABORVIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a 72. pont szerint a primer (51. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (52. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 55. pont szerinti szolgáltatás.
78. **FEJLETT (KÉPALKOTÓ ÉS MÁS JELLEGŰ) DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítottna a 72. pont szerint a primer (51. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (52. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 57. pont szerinti szolgáltatás.
79. **AMBULÁNS MŰTÉT SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítottna a 72. pont szerint a primer (51. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (52. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 58. pont szerinti szolgáltatás.
80. **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítottna a 72. pont szerint a primer (51. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (52. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 59 előbb. 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.
81. **KIEMELT FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS SZOLGÁLTATÁS:** a 72. pont szerint a primer (51. pont) vagy kiszélesített járóbeteg-ellátás (52. pont) keretében elvégzett orvosi vizsgálat alapján, a kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, 60. pont szerinti szolgáltatás.
- A biztosító a biztosítási időszakban legfeljebb 60 kórházban töltött napot finanszíroz a biztosítás terhére a Biztosított vonatkozásában.
82. **BALESETI EREDETŰ, 50%-OS MÉRTÉKET ELÉRŐ MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ESETÉRE JÁRÓ SZOLGÁLTATÁS:**
- 82.1. **A biztosítási esemény** a biztosítottat ért, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett baleset (39. pont), amely a biztosítottnak 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 vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 70% |

- | | |
|--|------|
| Egyik kar könyökízület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége | 65% |
| Egyik kar könyökízület 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% |
| Szaglóérék 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 működőképessége 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.
- 82.2. A biztosító a 82.1. pontban szereplő biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott

tározott – a baleset időpontjában érvényes – biztosítási összeget fizeti ki a Biztosítottnak.

82.3. A Biztosított – a Biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a biztosítási összeggel megegyező összegig terjedő **REHABILITÁCIÓS SZOLGÁLTATÁS** igénybevételére is. 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.

83. CSONTTÖRÉS SZOLGÁLTATÁS:

83.1. A **biztosítási esemény** az a nem halálos kimenetelű baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és a biztosítottnál

- a) csonttörést, csontrepedést, vagy
- b) súlyos csonttörést okoz.

83.2. Jelen feltételek szempontjából súlyos csonttörésnek minősül a

- a) koponyacsont törése lágyrész sérüléssel együtt,
- b) gerinc törése gerincvelő sérüléssel együtt,
- c) medencecsont törése,
- d) lábszár- és/vagy combcsont nyílt törése,
- e) alkar- és/vagy felkarcsont nyílt törése.

83.3. A biztosító a 83.1 a) pontban rögzített esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeget,

83.4. A biztosító a 83.1 b) pontban rögzített esemény bekövetkezése esetén a biztosítottra vonatkozó, a baleset időpontjában érvényes biztosítási összeg kétszeresét téríti.

83.5. Ha ugyanazon balesetből eredően egy biztosított vonatkozásában az 83.1 a)–b) pontokban felsoroltak közül több esemény is bekövetkezik, úgy a biztosító csak egy – a legmagasabb szolgáltatási összeghez tartozó – eseményre térít.

84. FOLYAMATOS KÓRHÁZI FEKVŐBETEG-GYÓGYKEZELÉS SZOLGÁLTATÁS:

84.1. A **biztosítási esemény** a biztosított baleseti vagy betegségi eredetű, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (49. pont), amely a kockázatviselés tartama alatt kezdődik, és amelynek időtartama **legalább 4 nap**.

84.2. A folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés **időtartamának** számításánál

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

84.3. **Folyamatos kórházi fekvőbeteg-gyógykezelés** esetén a szerződésben meghatározott **napi térítési összeg** annyszorosa kerül kifizetésre, ahány napig a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés tartott.

84.4. A biztosító egy biztosítási időszakon belül biztosítottként összesen **legfeljebb 60** kórházi ápolási **napra** térít.

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

85. MŰTÉTI TÉRÍTÉS SZOLGÁLTATÁS:

85.1. A biztosítási esemény a biztosítotton a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan **műtét** (61. pont), amely a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete vagy először a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége miatt vált szükségessé.

85.2. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a biztosítottra vonatkozó, a műtét időpontjában érvényes biztosítási összeget fizeti ki, amennyiben a szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosított életben van, feltéve, hogy a műtet a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Bizottságának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása szerint a 3-tól 4-ig terjedő osztályokba tartozik.

85.3. Abban az esetben, ha egy műtét több szervet vagy testrészt érint, a műtéti beavatkozás egy biztosítási eseménynek minősül.

85.4. A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján (www.uniq.hu) tekinthető meg, melyet kérésre a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát. Amennyiben az elvégzett beavatkozás a műtéti listán nem található meg, úgy a műtét besorolását a biztosító orvosa állapítja meg. Amennyiben a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Bizottsága a műtétek osztályozását megváltoztatja, a Biztosítónak jogában áll az új osztályozást figyelembe venni.

86. KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK SZOLGÁLTATÁS:

86.1. A **biztosítási esemény** az alábbiakban felsorolt és a 86.2–86.5. pontban részletesen definiált, a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli súlyos és váratlan betegségek bekövetkezése:

- **szívizomelhalás** (szívinfarktus),
- **rosszindulatú daganatos betegség,**
- **agyi érkatasztrófa,**
- **krónikus veseelégtelenség.**

Jelen feltételek alkalmazásában a 86. pontban felsorolt betegségek definíciói a következők:

86.2. 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 technikákkal is észlelhető kóros Q-hullám kialakulását okozza.

86.3. **ROSSZINDULATÚ DAGANATOS BETEGSÉG:** a szövettani atípia 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 (precarcinóma) 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.

86.4. 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, infarktusa és marandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett góctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.

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

86.5. 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.

86.6. A biztosítási esemény bekövetkeztének 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) **agyí érkatasztrófa** esetén az érkatasztrófa bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a marandó 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.

86.7. Kiemelt kockázatú betegségek bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.

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

86.9. A biztosító a 86.2–86.5. pontok alatt meghatározott négy betegségcsoport valamelyikébe tartozó kiemelt kockázatú betegség esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó kiemelt kockázatú betegségre az adott biztosított esetében még nem történt kifizetés.

EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK

87. SZŰRŐVIZSGÁLAT SZOLGÁLTATÁS: a Biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az EESZ-en keresztül **évente egyszer** jogosult igénybe venni a rá vonatkozó szolgáltatási csomagban szereplő, 53.1., illetve 53.2. pont szerinti szolgáltatást.

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

88. FOGÁSZATI SZŰRÉS ÉS FOGTISZTÍTÁS SZOLGÁLTATÁS: a Biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az EESZ-en keresztül **évente egyszer** jogosult igénybe venni a rá vonatkozó szolgáltatási csomagban szereplő, 66., illetve 67. pont szerinti szolgáltatást.

89. TERMÉSZETGYÓGYÁSZATI TANÁCSADÁS SZOLGÁLTATÁS: a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt, orvosi vizsgálat után, a **szakorvos javaslatára az EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 63. pont szerinti szolgáltatást, melyet az EESZ e-mail-en keresztül nyújt.

90. SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI KOCKÁZATBECSLÉS SZOLGÁLTATÁS: a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az **EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 64. pont szerinti szolgáltatást.

91. DIÉTÁS SZAKTANÁCSADÁS SZOLGÁLTATÁS: a biztosított a rá vonatkozó kockázatviselés tartama alatt az **EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 65. pont szerinti szolgáltatást.

92. HÁZIVIZIT SZOLGÁLTATÁS: a 72. pont alapján igénybe vett 68. pont szerinti szolgáltatás, amennyiben azt a biztosítási kötvény záradéka tartalmazza.

93. TERHESGONDOZÁS SZOLGÁLTATÁS: a 72. pont alapján igénybe vett 69. pont szerinti szolgáltatás, amennyiben azt a biztosítási kötvény záradéka tartalmazza.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A BIZTOSÍTÁS DÍJA

94. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a biztosítási díj ellenében vállalja.

95. A biztosítási díj meghatározása a szerződés tartalmának – így többek között a csoportra jellemző veszélyességnek, a biztosítottak létszámának, a biztosítási eseményeknek, a szolgáltatás időbeli jellegének, az egyes biztosítottak korának, foglalkozásának és egészségi állapotának, a biztosítási összegeknek, a díjfizetés gyakoriságának – megfelelően történik.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

96. A biztosítási szerződés kezdetére vonatkozóan a biztosító meghatározza a kezdeti biztosított létszáma számított KEZDETI, az első biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási díjat, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai szerint (103–108. pont) módosítani nem kell.

97. A biztosítás FOLYAMATOS (rendszeres) díjfizetésű.

98. 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 biztosítás kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.

99. A **folyamatos díjfizetésű** biztosítás **folytatólagos díjai** éves díjak, amelyek a biztosítási időszakok első napján **előre esedékesek**.
100. 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.
101. 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.
102. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a következő biztosítási évfordulóig járó díj megfizetését követelheti.

A FELEK KÖZÖTTI ELSZÁMOLÁS, ADATKÖZLÉS, VÁLTOZÁSJELENTÉS

103. A felek közötti elszámolás, adatközlés és változás jelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat, és a felek közötti egyéb egyezségeket a **SZERZŐDŐ NYILATKOZATA** tartalmazza.
104. A szerződő az adott időszak alatt bekövetkezett – a biztosítottakat érintő – változásokat a biztosító által rendelkezésére bocsátott **változásjelentő lapon** vagy egyéb, az együttműködési megállapodásban rögzített (elektronikus) formában **havonta, de legalább a biztosítottak körében történt bármely változást követő 5 munkanapon belül** közli.
105. Ha a biztosított létszám megváltozása miatt valamely biztosítási időszakra vonatkozóan a megállapított díj legalább 10%-os mértékben módosul, úgy a szerződő vagy a biztosító kérheti az eltérésből fakadó díjkülönbözet soron kívüli elszámolását.
A felek az eltérés más százalékos mértékében is megállapodhatnak.
106. Valamely biztosítási időszakra vonatkozó díj végleges elszámolása:
- 106.1. A szerződő köteles a biztosítási időszak végét követő 30 napon belül havi részletezettségű **adatközlőt** küldeni a biztosítónak. Az **ADATKÖZLŐ** tartalmát a szerződő felek a kockázatvállalás függvényében – az együttműködési megállapodás részeként – rögzítik.
- 106.2. A biztosító köteles az adatközlő beérkezésétől számított 30 napon belül a megelőző időszakról készített **végleges elszámolást** a szerződőnek megküldeni.
107. Határozatlan tartamú biztosítás esetén a **következő biztosítási időszakra** vonatkozó **díj előzetes megállapítása**:
- 107.1. A biztosító a következő biztosítási időszak kezdetét legalább 30 nappal megelőzően a szerződő által addig közölt adatok, információk alapján megállapítja a következő biztosítási időszakra vonatkozó **előzetes biztosítási díjat**, és erről tájékoztatja a szerződőt.
- 107.2. A szerződő és a biztosító a lezáruló biztosítási időszak vége előtt véglegesítik a következő biztosítási időszakra vonatkozó biztosítási **kockázatokat, szolgáltatásokat és a biztosított csoportokat**.
- 107.3. A biztosító az éppen lezárult biztosítási időszakról készített végleges elszámolás megküldésével (106.2. pont) egyidejűleg – az addigi információk alapján – megküldi

a szerződő részére a következő biztosítási időszakra vonatkozó, **pontosított előzetes biztosítási díjat**.

108. A biztosítási időszakra vonatkozó végleges elszámolás megküldését (106.2. pont) követő **15 napon belül** – figyelemmel az esetleges következő biztosítási időszakra vonatkozó pontosított előzetes biztosítási díjra is – a szerződő felek az alábbiak szerint számolnak el egymással:
- ha a szerződőnek követelése van a biztosítóval szemben, és az nem haladja meg a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító azt előre fizetett díjként kezeli;
 - ha a szerződő követelése meghaladja a következő díj(részlet) összegét, úgy a biztosító a különbözetet 15 napon belül a szerződőnek átutalja;
 - ha az elszámolás szerint a biztosítónak követelése van a szerződővel szemben, úgy a szerződő az elszámolás kézhez vételétől számított 15 napon belül a követelés összegét köteles a biztosítónak átutalni.
109. **Díjnemfizetés, illetve késedelmes díjfizetés esetén** a 27.2. pontban írottak az érvényesek.

DÍJMÓDOSÍTÁS, ÉRTÉKKÖVETÉS

110. 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.
111. 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 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.
112. 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.

MARADÉKJOGOK

113. 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

114. A szerződőnek (2. pont) vagy a jogosultnak (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

115. A biztosító a szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított **15 napon belül** teljesíti.
116. A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódozó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.
117. A biztosító a szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes szerződési feltételeknek megfelelően, a szolgáltatásra vonatkozóan rendelkezésre álló **legutolsó adatközlés tartalma** szerint nyújtja. Az érintett biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a biztosító bekéri a szerződő féltől a szükséges adatokat, és kérheti a biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is.
118. **A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 1 év elteltével a biztosításból eredő igények elévülnek.**

A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

119. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- 119.1. a szerződő igazolását a biztosított csoporttagságáról (többek között: munkaviszonyáról, foglalkoztatásáról, tagsági viszonyáról) és az érintett csoport létszámáról a biztosítási esemény bekövetkeztekor;
- 119.2. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
- 119.3. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;
- 119.4. elhalálozás esetén halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
- 119.5. hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró (vagy a nyomozás megtagadásáról szóló) határozatot;
- 119.6. a biztosítási esemény, a biztosítási összeg és a jogosultság (kedvezményezettség) megállapításához szükséges egyéb okiratokat;
- 119.7. a biztosító kérésére a díjfizetés igazolását.
120. 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.
121. A biztosítási esemény igazolásával és érvényesítésével (például külföldre történő átutalás, dokumentumok fordítása) kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.
122. 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, biztosítottnak, 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, biztosítottnak,

kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

123. 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

124. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvos-szakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvos-szakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – **egyebek mellett – felülbírálni:**
- 124.1. a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés (49. pont) szükségességét és indokolt időtartamát,
- 124.2. a maradandó egészségkárosodás (62. pont) tényét és mértékét.
125. 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

126. 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 bekövetkeztében.
127. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (114. pont) nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
128. 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**.
- 128.1. **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 nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével
- közvetlen összefüggésben következett be.
129. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg**.

KIZÁRÁSOK

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

- 130.1. HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);
 - 130.2. radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
 - 130.3. öröklött és veleszületett rendellenességgel;
 - 130.4. geriátriai, hospice, pszichológiai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkkel;
 - 130.5. bennalvások alvásvizsgálattal (somnia, poly-somnia);
 - 130.6. művesekezéssel, krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával (különösen: gyógytorna, fizioterápia, fürdőkúra), kezelésével (ide értve a daganatos betegek rendszeres onkológiai kezelését), kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását, a betegség kezelése részeként elrendelt gyógyszerek felírását;
 - 130.7. nem baleseti vagy nem betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;
 - 130.8. a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;
 - 130.9. a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítót kezeltek vagy kezelését javasolták;
 - 130.10. 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;
 - 130.11. a nem megváltoztatásával;
 - 130.12. 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),
 - 130.13. fogászati kezelésekkkel, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják,
 - 130.14. gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokkal (kivéve, ha a kezelés, illetve beavatkozás igénybevételére a szerződés kockázatviselési körébe tartozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan volt szükség);
 - 130.15. a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;
 - 130.16. a biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;
 - 130.17. 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 űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
 - 130.18. repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
 - 130.19. háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;
 - 130.20. alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással vagy szolgáltatással, és elvonókúrákkal;
 - 130.21. orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel.
 - 130.22. 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;
 - 130.23. a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel;
 - 130.24. a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást), kivéve a terhesgondozási szolgáltatást, amennyiben a biztosítási szerződés záradéka azt tartalmazza;
 - 130.25. a szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokkal;
 - 130.26. a protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetéseivel;
 - 130.27. reumatológiai kezelések, kivéve, ha az akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak;
 - 130.28. a járóbeteg-ellátás keretében beadott védőoltás vakcinájának beszerzése és költségterítése;
 - 130.29. nem-konvencionális eljárások, alternatív gyógyászat, akupunktúra, természetgyógyászati kezelés, ide nem értve a természetgyógyászati tanácsadást;
 - 130.30. a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket;
 - 130.31. szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket; ideértve a drogok, kábítószerek által okozottakat is;
 - 130.32. a biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.
131. A biztosító a **balesetek**, illetve a baleseti eredetű események **köréből kizárja**:
- 131.1. a megemelés összes formáját;
 - 131.2. a porckorong sérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, zúzódásokat, horzsolásokat, húzódásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

132. A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – tör-

vényi 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.

133. 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 titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- e törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

134. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok meg sér tése 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, titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésre felhatalmazott szerv, viszontbiztosító, együttbiztosításban részt vállaló biztosító, állomány-átruházáskor az átvéő biztosító, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosító, biztosításközvetítő, szaktanácsadó, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partner, feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosa, feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szerv vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv.

135. 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.

136. Az adatkezelés a szerződő és a biztosított hozzájárulásán alapul, jogalapját a 2011. évi CXII. törvény 5.§ (1) a) bekezdésében foglaltak képezik. Az adatokat az UNIQA Biztosító Zrt. kezeli, adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Bécs, Untere Donau Strasse 21.), az UNIQA Raiffeisen Software Service Kft., az UNIQA Software Service Kft. és a DRESCHER Magyarországi Direct Mailing Kft. jár el. Az adatokat ezen személyeken túlmenően a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvényben (a továbbiakban: Bit.) meghatározott személyek ismerhetik meg. Adatai kezeléséről az UNIQA Biztosító Zrt.-nél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, (a kötelező adatkezelés kivételével) törlését, zárolását, tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogsértés esetén bírósághoz fordulhat.

EGYÉB RENDELKEZÉSEK

137. A tényleges egészségügyi ellátást a **44. 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 kivizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

PANASZOK BEJELENTÉSE

138. A biztosítással, illetve a biztosítóval kapcsolatos esetleges panaszait (szóban, írásban, telefonon is) előterjesztheti az UNIQA Biztosító Zrt. székhelyén (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.), vagy a Társaságunk cégjegyzék szerinti telephelyein. Amennyiben ennek feltételei – a 2010. évi CLVIII. törvény 64. § (2) bekezdése alapján – fennállnak panaszával a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletének (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.), vagy a Pénzügyi Békéltető Testületnek (1013 Budapest, Krisztina krt. 39.) az eljárását kezdeményezheti; végső soron pedig bírósághoz is fordulhat. A biztosítási szerződésből származó igények érvényesítésére indított valamennyi perre a magyar Polgári perrendtartás szabályai az irányadók. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a Társaságunk székhelyén és telephelyein megtalálható Panaszkezelési szabályzatból, mely elérhető a www.uniqa.hu honlapon is.
139. A biztosító felügyeleti szerve:
Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
(1535 Budapest, 114. Pf. 777)

A MediQa Group betegségbiztosítás feltételeihez

A MediQa Group betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai

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

	Bázis	Standard	Optimum	Prémium	Prémium plusz
Call Center (ellátás-szervezés) + UNIQA Med forródrót ¹	✓	✓	✓	✓	✓
Szűrővizsgálat (évente)	Alap	Alap	Emelt	Emelt	Emelt
Éves fogászati ellenőrzés, fogtisztítás és kedvezmények	Éves fogászati ellenőrzés +15% kedvezmény ²	Éves fogászati ellenőrzés +15% kedvezmény ³	Éves fogászati ellenőrzés és fogtisztítás + 15% kedvezmény ⁴	Éves fogászati ellenőrzés és fogtisztítás + 15% kedvezmény ⁴	Éves fogászati ellenőrzés és fogtisztítás + 20% kedvezmény ⁵
Primer járóbeteg-ellátás	✓	✓	✓	✓	✓
Kiszélesített járóbeteg-ellátás	–	✓	✓	✓	✓
Alap-labor és alap-diagnosztikai vizsgálatok	✓	✓	✓	✓	✓
Kiszélesített laborvizsgálatok	–	–	✓	✓	✓
Fejlett diagnosztika	–	–	✓	✓	✓
Ambuláns műtétek	–	–	✓	✓	✓
Egynapos sebészet	–	–	Éves limit ⁶ : 300 ezer Ft	Éves limit ⁶ : 300 ezer Ft	Éves limit ⁶ : 300 ezer Ft
Kiemelt fekvőbeteg-ellátás	–	–	–	–	Éves limit ⁶ : 3,5 millió Ft, maximum 60 nap
Csonttörés	10 ezer Ft	10 ezer Ft	10 ezer Ft	10 ezer Ft	10 ezer Ft
50%-os baleseti maradandó egészségkárosodás esetén egyösszegű térítés és rehabilitációs támogatás	–	–	1 millió Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás	3 millió Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás	3 millió Ft egyösszegű térítés + azonos értékű rehabilitációs támogatás
Kiemelt kockázatú betegségek (4)	200 ezer Ft	300 ezer Ft	400 ezer Ft	500 ezer Ft	500 ezer Ft
Kórházi napi térítés (bármely okú)	–	–	–	15 ezer Ft	–
Műteti térítés (súlyos, azaz 3-4-es műtét után)	–	–	–	300 ezer Ft	300 ezer Ft
Szív és érrendszeri kockázatbecslés, diétás és természetgyógyászati tanácsadás	✓	✓	✓	✓	✓
20% kedvezmény a Medcover Egészségközpontjaiban és Egészség Pontjain a biztosítással nem fedezett szolgáltatásokra	✓	✓	✓	✓	✓

- 1 Az UNIQA Med forródrót telefonos tájékoztató szolgáltatása NEM helyettesíti 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.
- 2 Éves fogászati ellenőrzés a Biztosítottnak és 15%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak az implantátumok és más felhasznált anyagok költségéből a Medcover Dentalnál.
- 3 Éves fogászati ellenőrzés a Biztosítottnak és 15%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak a fogászati ellátások költségéből a Medcover Dentalnál.
- 4 Éves fogászati ellenőrzés és fogtisztítás a Biztosítottnak és 15%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak a fogászati ellátások költségéből a Medcover Dentalnál.
- 5 Éves fogászati ellenőrzés és fogtisztítás a Biztosítottnak és 20%-os kedvezmény a Biztosítottnak és családtagjainak a fogászati ellátások költségéből a Medcover Dentalnál.
- 6 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.

Családtagnak tekinthető: házastárs, élettárs, gyerek és házastárs/élettárs gyereke (gyerek, aki 24 évesnél nem idősebb), ha Biztosított személlyel egy lakcímre vannak bejelentve.

A MediQa Group betegségbiztosítás feltételeihez

A MediQa Group 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 Group betegségbiztosítás feltételeihez

Jelen Függelék a MediQa Group 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
Gastroszcopia	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 forródróton keresztül: +36 1 465-3125.

Érvényes: 2012. június 1-től visszavonásig

UNIQA Biztosító Zrt.

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