



Med Help II.

Betegségbiztosítás

2015. január 1-től érvényes

Ügyfélértékelő

Tisztelt Partnerünk!

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

Biztosítónk az UNIQA Biztosító Zrt.,
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

A Biztosító Felügyeleti szerve: a Magyar Nemzeti Bank
székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8–9.;
telephelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
(1535 Budapest, 114. Pf. 777).

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

A biztosítási szerződés alanyai

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

Biztosított: A **biztosított** az a személy, akinek egészségi állapotával kapcsolatban a biztosítási esemény bekövetkezik
A biztosítási szerződés alanyairól bővebben az ÁBeF 1–4. pontja tájékoztat.

Biztosítási események, szolgáltatások

Biztosítási események:

- a biztosítotton a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott műtétek;
- a biztosított vagy 1–14. év közötti gyermeke folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése;
- a biztosított a kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett csonttörése;
- a biztosított a kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatti, a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen megállapított 70%-os össz-szervezeti egészségkárosodása;
- a biztosítottnak gyermeke születik;
- a biztosított a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli, kiemelt kockázatú betegsége;

A biztosítási események és szolgáltatások részletes ismertetését a KF 1–7. és 10–18. pontjai tartalmazzák, a kapcsolódó fogalmak magyarázata az ÁBeF 28–44. számú pontjaiban található.

A biztosítás tartama, biztosítási időszak

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

A kockázatviselés kezdete

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

A szerződés megszűnése

A biztosítási szerződés és a biztosító kockázatviselése megszűnik:

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

A biztosítás díja

A biztosítás első díját az ajánlattételkor kell megfizetni. A folyótóltagos éves díjak minden évben a biztosítási évfordulón előre esedékesek. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat az éves díj részletekben történő fizetéséhez. A díjfizetéssel kapcsolatos további információk az ÁBeF 45–56. pontjaiban szerepelnek.

Értékkövetés

A biztosító minden biztosítási évfordulón kezdeményezheti az aktuális szolgáltatási összegek és ezzel egyidejűleg a biztosítási díj módosítását Az értékkövetésre vonatkozó részletes tudnivalók az ÁBeF 57–63. és a KF 19–20. pontjaiban található.

Alkalmazott kizárások, a biztosító mentesülése

A biztosító mentesülését vonja maga után, ha a szerződő vagy a biztosított tudatosan hamis adatokkal, főként betegség színlelésével biztosítási szolgáltatásokat csal ki, vagy próbál kicsalni, vagy ilyen tevékenységben közreműködik, vagy a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézi elő a biztosítási eseményt. **A biztosító mentesüléseinek feltételeit, az alkalmazott kizárásokat az ÁBeF 77–83. és a KF 21–22. pontjai foglalják össze.**

A biztosítási szolgáltatások teljesítésének módja, ideje

A szolgáltatás teljesítésének módját az ÁBeF 65–74. pontjai foglalják össze. A biztosító a szolgáltatásokat az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti.

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra

– A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 154.§-a és 155.§-a alapján kezeli.

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

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a DRESCHER Magyarországi Direct Mailing Kft., az általa felkért orvossal, továbbá a számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat.

- Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetekhez továbbíthatja:** a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a nyomozóhatóság, az ügyészség és bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átvételkor az átvevő biztosítóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, szaktanácsadóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmossás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A Bit. 165.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

- A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 161/A.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig

kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információszabadságjogi jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

- A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezetéhez (harmadik országbeli adatkezelőhöz) továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.
- A fogyasztó(ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. tevékenységével összefüggő panaszát szóban (személyesen, vagy telefonon) és írásban (e-mailben) egyaránt előterjeszheti az alábbiak szerint:

Szóbeli panaszát előadhatja – a biztosító székhelyén, valamint a cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákban – ügyfélfogadási időben, személyesen (meghatalmazottja útján); vagy telefonon, az alábbi telefonszámokon [+36 (1/20/30/70) 544-5555].

Írásbeli panaszát eljuttathatja:

- a) a biztosító központi ügyfélszolgálatára [1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.],
- b) a biztosító – cégnyilvántartásban szereplő – fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákhoz;
- c) az a) pont szerinti levelezési címünkre postai úton, vagy telefaxon a +36 (1) 2386-060 fax számra, valamint elektronikus levélben panasziroda@uniqa.hu e-mail címre.

A panaszbeadványokon címeztként kérjük feltüntetni a Panaszmenedzsmet Osztály megnevezését is! A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodáiban is.

Amennyiben a panaszban megfogalmazott igény a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival (pl. kártérítés összege, vagy annak elutasítása) és megszűnésével kapcsolatosan került a biztosító által elutasításra, úgy a fogyasztó(ügyfél):

- a) a Pénzügyi Békéltető Testületnél (továbbiakban: PBT) [H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172, telefon: +36 1 4899-100, e-mail: pbt@mnbt.hu], vagy
- b) az ügy eldöntésére hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál

élhet jogorvoslattal.

Amennyiben a biztosító által elutasított panaszban az ügyfél a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNBtv.) fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértését sérelmezi, úgy az MNB [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36 1 4899-100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbt.hu] fogyasztóvédelmi eljárását kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele, hogy az ügyfél a(z) – MNBtv.-ben leírtak szerint – hatósági jogorvoslat kezdeményezését megelőzően, a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését és **az is, hogy a mindenkor hatályos jogszabályok szerint is fogyasztónak minősüljön!**

Köszönjük, hogy társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

Általános betegségbiztosítási feltételek 005

Jelen általános feltételek (ABeF) 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 szerződésekhez kapcsolódó különös feltételek és a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. Amennyiben a szerződéshez tartozó különös biztosítási feltételek eltérnek a jelen általános feltételektől, úgy a különös feltételekben meghatározottak a mérvadók.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a szerződésben és annak különös feltételeiben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja.
 - 2.1. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.
 - 2.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** 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 képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
 - 3.3. Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.
 - 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 szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatko-

zattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Abban az esetben, ha bemutatóra szóló kötvényt állítottak ki, a kedvezményezett későbbi kijelölése akkor lép hatályba, ha a kötvényt megsemmisítették és új kötvényt állítottak ki.

Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezetthez intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.

A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS MEGSZŰNÉSE

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli **ajánlattal** kezdeményezi.
6. Ajánlat tehető **alapbiztosításra** és **kiegészítő biztosításra**. **ALAPBIZTOSÍTÁSNAK** tekintendők azok a biztosítások, melyek önálló szerződésként is megköthetők és fenntarthatók.

A **KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK** csak valamely alapbiztosításhoz kapcsolódóan köthetők és tarthatók meg.
7. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.
8. A szerződés úgy jön létre, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzátartozó nyilatkozatok alapján **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum a **KÖTVÉNY**.
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, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül indoklás nélkül elutasítani.
11. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra, annak beérkezését követő tizenöt napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.
12. Biztosítási szerződés köthető **határozott** vagy **határozatlan tartamra**.

13. A szerződés **kezdete** és – határozott tartamú szerződés esetén – a **lejárat**a 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 (48. pont) esetén a biztosítási időszak a szerződés kezdete és lejárat (13. pont) közötti időszak.

A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

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

A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE

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

A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

19. A biztosítási szerződés (és a biztosító kockázatviselése) az alábbi esetek bármelyikében **megszűnik**:
- 19.1. határozott tartamú szerződés esetén annak lejáratával,
- 19.2. a biztosított halálával,
- 19.3. díjnemfizetés esetén, (54. pont),
- 19.4. a szerződés felmondásával (20., 26., 47. pont),
- 19.5. egyéb, a szerződéshez tartozó különös feltételekben meghatározott esetekben.
20. A biztosítási szerződés a szerződő 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

21. A biztosítás szerződés (és a biztosító kockázatviselése) megszűnik
- A szerződőt és a biztosítottat egyaránt **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli, amelynek értelmében a **szerződéskezdéskor** 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 **szerződés módosításkor**, így különösen az 62. pontban meghatározott értékkezeléskor is terheli a biztosítottat és a szerződőt.

22. 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.
23. A biztosítási szerződés létrejötte előtt keletkezett, a biztosítottat érintő egészségi panaszokat, betegségeket és bal-eseti 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.
24. 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.
25. 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**.
26. Ha a biztosító csak a szerződéskezdés után szerez tudomást a szerződést 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, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, továbbá ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.
27. 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

28. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a szerződéshez tartozó különös feltételekben ekként meghatározott esemény.
29. A **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztékor – a különös feltételek szerint – fellépő kötelezettsége.
30. 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.

31. 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.
32. Jelen általános feltételek szempontjából **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.
33. 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.
34. 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 kábítószerelvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.
35. 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.
36. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS** jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan, kórházban történő, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, legalább 24 órás folyamatos kórházi benttartózkodást szükségessé tevő orvosilag indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.
37. **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 bentfekvéssel.
38. **KERESŐKÉPTELENSÉGNEK** minősül jelen biztosítási feltételek értelmében az az állapot, amikor a biztosított saját betegsége vagy balesete miatt kereső tevékenységét – orvosilag indokoltan – nem képes ellátni. A keresőképzetlenség tényét és időtartamát a mindenkor hatályos jogszabályok rendelkezéseiben meghatározott orvosnak igazolnia kell.
39. **MARADANDÓ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS** a jelen feltételek szerint a biztosított olyan egészségkárosodása, amely testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenésével vagy végleges anatómiai elváltozással járó maradandó funkciókárosodásával jár.
40. **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.
41. **(ORVOSI) VIZSGÁLATNAK** minősül minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, az egészség megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.
42. **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.
43. **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK** azok a vizsgálatok, amelyeknek célja a panaszok, a kórtörténet és a fizikális vizsgálat alapján diagnózis felállítása, meghatározása illetve felmerült diagnózis alátámasztása.
44. **SŰRŐSSÉGI 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

45. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **biztosítási díj** ellenében vállalja.
46. 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.
47. 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, kivéve a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlást. A díj módosításáról a biztosító a biztosítási időszakot megelőző 45. napig – külön vagy az egyidejű értékvetésről szóló tájékoztatásban (57–63. 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

48. A biztosítás EGYSZERI vagy FOLYAMATOS (rendszeres) díjfizetésű lehet.
49. Az egyszerű 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.
50. A folyamatos díjfizetésű biztosítás folytatólagos díjai éves díjak, amelyek a biztosítási időszakok első napján előre esedékesek.
51. 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.
52. 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.
53. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a következő biztosítási évfordulóig járó díj megfizetését követelheti.

A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

54. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor nem egyenlíti ki, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.
55. A szerződő – a biztosított életben léte esetén – a biztosító előzetes hozzájárulásával 120 napon belül – késedelmi kamataival együtt – pótolhatja az elmaradt díjakat. A biztosító hozzájárulását újabb kockázatbírálás eredményétől is függővé teheti. A biztosító kockázatviselése (az eredeti tartalommal és összeggel) a teljes hátralék befizetését követő nap 0. órájától kezdődik újra (reaktiválás).
56. Reaktiválásra a szerződés tartamán belül legfeljebb két alkalommal van lehetőség.

ÉRTÉKKÖVETÉS

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

61. Amennyiben a szerződő a 60. 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.
62. 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.
63. 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 kockázatbírálás eredményétől függővé tenni.

MARADÉKJOGOK

64. 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 kötvénykölcsön nem igényelhető, és többlethozam-megosztásra nem kerül sor.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

65. 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

66. A biztosító a szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges összes irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti.
67. A biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódozó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.
68. A biztosítási esemény bekövetkezésének napjától számított 2 év elteltével a biztosításból eredő igények elévülnek.
69. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior kizárja vagy korlátozza a teljesítést.

A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

70. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez 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, 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.
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 orvosszakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvos-szakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – **egyebek mellett – felülbírálni:**
- 75.1. a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés (36. pont) szükségességét és indokolt időtartamát,
- 75.2. a keresőképtelenség (38. pont) tényét és indokolt időtartamát,
- 75.3. a maradandó egészségkárosodás (39. 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 kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében, illetőleg – életbizto-

sítási és betegségbiztosítási szolgáltatás esetében – ha a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől 5 év már eltelt.

Ha a szerződés több vagyontárgyra vagy személyre vonatkozik, és a közlési vagy változásbejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyesekkel összefüggésben merül fel, a biztosító a közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértésére a többi vagyontárgy vagy személy esetén nem hivatkozhat.

A közlésre és változás bejelentésére irányuló kötelezettség egyaránt terheli a szerződő felet és a biztosítottat; egyikük sem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet bármelyikük elmulasztott a biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

78. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (65. 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 nélküli 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 alvásvizsgálattal (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 kezelésekkal, 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, búvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
- 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, kábítószerek által okozottakat is;

- 83.3. a megemelés összes formáját;
- 83.4. a porc- és porckorongsérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, a zúzódásokat, a húzódásokat, a horzsolásokat, 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 jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 154.§-a és 155.§-a alapján kezeli.

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

Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a DRESCHER Magyarországi Direct Mailing Kft., az általa felkért orvosszakértő, továbbá a számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat.

85. **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 általa kezelt adatokat – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – 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 adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

86. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervekhez továbbíthatja**: a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a nyomozóhatóság, az ügyészség és bíróság

által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állományátruházáskor az átvevő biztosítóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, szaktanácsadóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmosság megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is.

Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során az összevont alapú felügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

A Bit. 165.§-ában meghatározott esetben és időtartamot követően az üzleti titkot tartalmazó irat levéltári kutatások céljára felhasználható. Üzleti- és biztosítási titok megtartására vonatkozó kötelezettség alól kivételt képez továbbá a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség is.

87. A szerződésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerződő és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelőhöz) továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerződéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.

88. A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 161/A.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkereső biztosító a megkeresésről, az abban szereplő adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011.évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE

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

PANASZOK BEJELENTÉSE

90. A A fogyasztó(ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. tevékenységével összefüggő panaszát szóban (személyesen, vagy telefonon) és írásban (e-mailben) egyaránt előterjesztheti az alábbiak szerint:

Szövebeli panaszát előadhhatja – a biztosító székhelyén, valamint a cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákban – ügyfélfogadási időben, személyesen (meghatalmazottja útján); vagy telefonon, az alábbi telefonszámokon [+36 (1/20/30/70) 544-5555].

Írásbeli panaszát eljuttathatja:

a) a biztosító központi ügyfélszolgálatára [1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.],

b) a biztosító – cégnyilvántartásban szereplő – fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákhoz;

c) az a) pont szerinti levelezési címünkre postai úton, vagy telefaxon a +36 (1) 2386-060 fax számra, valamint elektronikus levélben panasziroda@uniqa.hu e-mail címre.

A panaszbeadványokon címeztként kérjük feltüntetni a Panaszmenedzsment Osztály megnevezést is! A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodáiban is.

Amennyiben a panaszban megfogalmazott igény a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival (pl. kártérítés összege, vagy annak elutasítása) és megszüntetésével kapcsolatosan került a biztosító által elutasításra, úgy a fogyasztó(ügyfél):

a) a Pénzügyi Békéltető Testületnél (továbbiakban: PBT) [H-1525 Budapest BKKP Pf.: 172,

telefon: +36 1 4899-100, e-mail: pbt@mnb.hu], vagy

b) az ügy eldöntésére hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál

élhet jogorvoslással.

Amennyiben a biztosító által elutasított panaszban az ügyfél a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvény (MNBtv.) fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértését sérelmezi, úgy az MNB [1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: +36 1 4899-100, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu] fogyasztóvédelmi eljárását kezdeményezheti.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele, hogy az ügyfél a(z) – MNBtv.-ben leírtak szerint – hatósági jogorvoslat kezdeményezését megelőzően, a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését **és az is, hogy a mindenkor hatályos jogszabályok szerint is fogyasztónak minősüljön!**

91. A Biztosító **Felügyeleti szerve:** a Magyar Nemzeti Bank székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 8-9.; telephelye: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39. (1535 Budapest, 114. Pf. 777).

Med Help II. 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 005 dokumentummal** (továbbiakban **ÁBeF**) együtt érvényesek. A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az ÁBeF tartalmazza.

BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY

1. Jelen feltételek értelmében **biztosítási esemény:**

- a biztosított **műtete**,
- a biztosított vagy 1-14 év közötti gyermeke **folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése**,
- a biztosított **csonttörése**,
- a biztosított **70%-os, össz-szervezeti egészségkárosodása**,
- a biztosítottnak gyermeke **születik**,
- a biztosított **kiemelt kockázatú betegsége**.

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

2. **MŰTÉT:** jelen szerződési feltételeken belül a biztosítotton a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan műtét (ÁBeF 33. pont),

- amely a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete (ÁBeF 31. pont) vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége (ÁBeF 32. pont) miatt vált szükségessé,
- és amely a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Bizottságának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása (továbbiakban: **MABISZ-osztályozás**) szerint az 1-től 4-ig terjedő osztályokba tartozik.

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

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

2.2 A biztosító a **műtétet 3 csoportba** sorolja (részletes felsorolásuk a szerződés részét képező **Függelékben** található):

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

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

- a) azok a járőbeteg gyógykezelés (ÁBeF 37. pont) keretében elvégezhető, illetve a kórházi fekvőbeteg gyógykezelést nem igénylő, vagy diagnosztikus céllal végzett beavatkozások, melyeknek műtégi megoldását követően a gyógyulási időtartam 30 napon belüli;

- b) a csőtükrözéssel végzett műtégi és terápiás eljárások (így különösen: arthroscopos shaving, arthroscopos menisectomy, arthroscopos plica bemetszés, arthroscopos synovectomy, arthroscopos izületi test eltávolítás, arthroscopos Pridie felfúrás, arthroscopos microfracturing, arthroscopos műtét mini arthrotomiával kiegészítve);

- c) a bőrelváltozások (pl. anyajegyek) és bőrdaganatok eltávolításai.

3. **FOLYAMATOS KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS:**

- 3.1 a biztosított baleseti vagy betegségi eredetű, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (ÁBeF 36. pont), amely a kockázatviselés tartama (ÁBeF 18. pont) alatt kezdődik, és amelynek időtartama **legalább 4 nap**.

- 3.2 A biztosított 1–14. év közötti gyermekének balesettel, műtéttel vagy heveny fertőző betegséggel kapcsolatos, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (ÁBeF 36. pont), amely a kockázatviselés tartama (ÁBeF 18. pont) alatt kezdődik, és amelynek időtartama **legalább 4 nap**.

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

- a) minden érintett nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is;

- b) a kockázatviselés tartamán esetlegesen túlnyúló napok nem kerülnek figyelembevételre.

- 3.4 **BALESETI EREDETŰNEK** minősül az a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés, amely a biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért balesettel (ÁBeF 31. pont) közvetlen okozati összefüggésben, a baleset napjától számított 1 éven belül kezdődik.

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

- 5. **70%-OS, ÖSSZ-SZERVEZETI EGÉSZSÉGKÁROSODÁS:** a biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatt, a magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen megállapított és a biztosító orvos-szakértője által is elismert **70%-os mértékű, össz-szervezeti egészségkárosodása**, feltéve hogy a társadalombiztosítási szerv ezt megállapító határozatának kelte a kockázatviselés tartamán belüli, illetve baleset miatti egészségkárosodás esetében a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül van.

- 6. **GYERMEK SZÜLETÉSE:** A biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelté utáni gyermeke születik. Az ikerszülés egy szülésnek számít.

- 7. **KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK:** az alábbiakban felsorolt és a 7.1–7.4. pontban részletesen definiált, a kockázatviselés

tartama alatt bekövetkezett, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélküli **súlyos és váratlan betegségek:**

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

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

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

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

7.2 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 plazmasajt-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.

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

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

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

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

- a) **szívinfarktus** esetén a betegség bekövetkezésének a kezelőorvos által megállapított időpontja,
- b) **rosszindulatú daganatos betegség** esetén a betegség legkorábbi diagnosztizálásának időpontja,
- c) **agyi érkatasztrófa** esetén az érkatasztrófa bekövetkezésének időpontja, feltéve, hogy a 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.

A BIZTOSÍTÁS TARTAMA

8. A biztosítási szerződés határozatlan tartamú az alábbiak szerint: a 3. biztosítási időszak utolsó napját 60 nappal megelőzően a biztosító írásban jelzi a szerződés meghosszabbításának lehetőségét további egy biztosítási időszakra. Amennyiben a szerződő a fenti időpontot megelőző 30 napig nem jelzi a megszüntetési igényét, a szerződés újabb 1 évre meghosszabbodik. A továbbiakban 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 65. életévét betölti.

TERÜLETI HATÁLY

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

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

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

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

10.2 Az első biztosítási időszakot követően érvényes **aktuális biztosítási összegek** a vállalt értékvetéseknek (19–20. pont) megfelelően alakulnak.

11. Műtét:

11.1 **Nem baleseti eredetű műtét** esetén

a) a szerződésben meghatározott – **műtéti csoporttól** (2.2 pont) **függő** – **biztosítási összeg** kerül kifizetésre.

b) Kifizetésre kerül továbbá az alábbi **egyszeri gyógyulási támogatás**

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

- 2. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének (12.1 pont) 14 napra számított értéke;
 - 3. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének (12.1 pont) 28 napra számított értéke.
- 11.2 **Baleseti eredetű műtét** (2.1 pont) esetén a 11.1 a. és b. pontban írt szolgáltatások helyett azok kétszerese kerül kifizetésre.
- 11.3 **Baleseti eredetű műtét** esetén, ha a baleset **Magyarország határain kívül** következett be és – sürgősségi okok miatt – emiatt a műtetre is Magyarország határain kívül került sor, a 11.1–11.2 pontokban írt szolgáltatások helyett a 11.1 a) és b) pontban írt szolgáltatások négyszerese kerül kifizetésre.
- Abban az esetben, ha **egy műtét több szervet** vagy testrészt érint, a biztosító arra a műtéti beavatkozásra nyújt térítést, amelyhez a legmagasabb szolgáltatási összeg tartozik.
12. **Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés:**
- 12.1 **Nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén a szerződésben meghatározott **napi térítési összeg** annyszorososa kerül kifizetésre, ahány napig a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés tartott (3.3 pont).
- 12.2 **Baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén (3.4 pont) a 12.1 pontban írt szolgáltatás helyett annak **kétszerese** kerül kifizetésre.
- 12.3 **Baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén, ha a baleset **Magyarország határain kívül** következett be és – sürgősségi okok miatt – emiatt a kórházi fekvőbeteg gyógykezelésre is Magyarország határain kívül került sor, a 12.1–12.2 pontokban írt szolgáltatások helyett a 12.1 pontban írt szolgáltatás **négyszerese** kerül kifizetésre.
- A biztosító egy biztosítási időszakon belül összesen **legfeljebb 90** kórházi ápolási **napra** térít.
- Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén annak indokoltságát a biztosító **28 naponként felülvizsgálhatja**. A felülvizsgálatot követően a napi térítési összeg további folyósításáról a biztosító az indokoltságtól függően dönt.
13. **Csonttörés:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre. Az egy eseményből fakadó többszörös vagy több csontot érintő csonttörések is egy biztosítási eseménynek minősülnek.
14. **70%-os, össz-szervezeti egészségkárosodás:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.
15. **Gyermek születése:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre, amennyiben a gyermek születése a kockázatviselés kezdetét követő 1 év eltelté után történik.
16. **Kiemelt kockázatú betegségek:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.
- A szolgáltatás kifizetésének feltétele, hogy a biztosított a biztosítási esemény bekövetkezését követő bejelentésekor életben legyen.
- A biztosító a 7.1–7.4 pontok alatt meghatározott négy betegségcsoport valamelyikébe tartozó kiemelt kockázatú betegség esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó kiemelt kockázatú betegségre még nem történt kifizetés.
17. **BÓNUSZ-SZOLGÁLTATÁS:** amennyiben a jelen feltételek alapján kötött biztosítási szerződés a biztosítási évfordulókor díjhátralék nélkül érvényben van, és az azt megelőző biztosítási időszakban **nem történt biztosítási esemény**, a biztosító a szerződőnek **visszafizeti** a biztosítási időszakban befizetett, részletfizetési pótlék nélkül számított díj **egy hónapra eső részét**. A bónuszt a biztosító az évfordulót követő 90 napon belül fizeti ki.
- Amennyiben a bónusz kifizetésre került, és később érvényesítenek a kifizetést megelőző biztosítási időszakban bekövetkezett eseményből eredő szolgáltatási igényt, a szolgáltatási összegből a kifizetett bónusz összegét a biztosító levonja.
18. **A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítás kockázatviselésének kezdetétől számított 180 napon belül kizárólag a balesetek (ÁBeF 31. pont), a heveny fertőző betegségek és a 70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás következményeire terjed ki.**
- AZ ÉRTÉKKÖVETÉS MÓDJA**
19. A biztosító a biztosítás értékének megőrzése érdekében lehetővé teszi a biztosítási összeg és ezzel együtt a biztosítás díj biztosításmatematikai szempontok által meghatározott – nem arányos – évenkénti emelését az ÁBeF 57–63. pontjaiban meghatározottak szerint.
20. A szolgáltatásemelés mértékét a biztosító a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett éves fogyasztói árindex, a várható infláció mértékét, valamint az ÁBeF 47. pontjában meghatározottakat figyelembe véve határozza meg.
- KIZÁRÁSOK**
21. A biztosítási események köréből az ÁBeF 77–82. pontjaiban meghatározottakon túl **kizárásra** kerülnek
- 21.1 a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével, valamint terhesség-megszakításával kapcsolatos események;
- 21.2 a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelések köréből azok az események, amelyek
- a) a gyermek 1 éves kora előtt diagnosztizált betegségeivel,
- b) a gyermeknek a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegségeivel kapcsolatosak.
22. A biztosító a balesetek, illetve a baleseti eredetű események köréből kizárja: az ÁBeF 83. pontjában szereplőkön túl a húzódásokat.

A Med Help II. betegségbiztosítási szerződés különös feltételeihez

MŰTÉT a biztosított a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan műtét (*Általános betegség-biztosítás feltételek [ÁBeF] 33. pont*),

- amely a biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete (*ÁBeF 31. pont*) vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége (*ÁBeF 32. pont*) miatt vált szükségessé,
- és amely a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Bizottságának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása (továbbiakban: MABISZ-osztályozás) szerint az 1-től 4-ig terjedő osztályokba tartozik. (A biztosító a MABISZ-osztályozás szerinti 0. csoportú műtétekre nem térít.)

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

A biztosító által nem térített műtétek kivonatos tájékoztatója

0. CSOPORT

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

A biztosító által térített műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója

1. CSOPORT

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

3. CSOPORT

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

2. CSOPORT

1. Idegentest eltávolítása mágnessel a szemből
2. Szaruhártya műtéti bemetszése
3. Szürkehályog műtét phacoemulsificatio módszerrel, hajlékony műlencse-beültetés
4. Ujjizületi protézis
5. Epineurális idegvarrat
6. Arcsont-törés ellátása (minilemez, csavar)
7. Combnyak-szegezés és -csavározás
8. Achilles-ín szakadás rekonstrukciója
9. VATS tüdőbiopszia
10. Endoszkópos epekő-eltávolítás
11. Lépeltávolítás
12. Gyomor részleges eltávolítása
13. Féregnyúlvány eltávolítás (vakbélműtét)
14. Epehólyag eltávolítás
15. Féloldali petefészek eltávolítás
15. Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása
16. Billentyűplasztika aorta billentyűn
17. Nyitott szívmasszázs
18. A jobb koszorúsér áthidaló műtéte (bypass műtét)
19. Koszorúsér-szűkület műtéti tágítása
20. Érpótlás a medencei- és combverőér között
21. Pitvari sérülés ellátása
22. Üvegtest csere
23. Műtét a közép-, illetve a belsőfülben
24. Gége egy részének eltávolítása
25. Hangréstágító műtét külső feltárásból
26. Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása



UNIQA Biztosító Zrt.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.
Tel.: +36 1 5445-555 · Fax: +36 1 2386-060

Med Help II. betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai

	Bázis	Standard	Optimum	Prémium
Kórházi napi térítés	5 000 Ft	7 500 Ft	10 000 Ft	25 000 Ft
Műtét 1.	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft	125 000 Ft
Műtét 2.	50 000 Ft	100 000 Ft	200 000 Ft	250 000 Ft
Műtét 3.	100 000 Ft	200 000 Ft	400 000 Ft	500 000 Ft
Gyógyulási támogatás	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege
Kritikus betegségek	300 000 Ft	750 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft
70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás	500 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 000 000 Ft
Csonttörés	10 000 Ft	15 000 Ft	25 000 Ft	25 000 Ft
Gyermek születése	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft

Érvényes 2014. március 15-től visszavonásig.

