

MediQa

Betegségbiztosítás

2015. január 1-től érvényes

MediQa betegségbiztosítás

Ügyfélértájékoztató

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.

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

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

Egyéb tudnivalók:

- A szerződés jellemzőire vonatkozó **általános ismeretek** – így többek között a biztosítási időszak és tartam meghatározása, a biztosító **kockázatviselésének** kezdetére és megszűnésére, valamint a **szerződés megszűnésére** vonatkozó tudnivalók az ÁBeF 5–20. pontjaiban, valamint KF II. fejezetében szerepelnek.
- Az ÁBeF 28–44. pontja, valamint a KF I., III. és IV. fejezete a **biztosítási eseményeket és szolgáltatásokat** tartalmazza, a kapcsolódó fogalmak magyarázatával együtt.
- A **díjfizetésre** vonatkozó feltételeket, az értékkövetési lehetőséget az ÁBeF 48–63. pontja, valamint a KF V. és VI. fejezete szabályozza.
- A szolgáltatás igénylésének feltételeit, a **szolgáltatások teljesítésének módját** az ÁBeF 65–76. pontja foglalja össze.
- A biztosító **mentesüléséről** és a **nem vállalható** (kizárt) kockázatokról az ÁBeF 77–83. pontja, valamint a KF VIII. fejezete tájékoztató.
- Az ÁBeF 84–90. pontja emeli ki a **törvények** által meghatározott, az Ügyfelek számára fontos egyéb információkat, úgymint
 - az **adatok kezelésére**, a biztosítási titokra, az adatok **továbbíthatóságára** a Biztosítási törvényben előírtakat,
 - a javaslatok, panaszok, észrevételek fogadására kijelölt helyeket, szervezeteket.
- A **biztosítási szerződés határozatlan tartamú az alábbiak szerint:** a 3. biztosítási időszak utolsó napját legkésőbb 60 nappal megelőzően a biztosító írásban jelzi a szerződés meghosszabbításának lehetőségét további egy bizto-

sítási 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 60., illetve – az 1. számú Függelékben jelzettek szerint egyes szolgáltatási csomagok esetében – a 65. életévét betölti.

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra:

- A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítóról 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. A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbításával kapcsolatos tudnivalókat az ÁBeF 84–87. pontja tartalmazza.
- Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi 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-átruházáskor 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 pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar büntető szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi büntető 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 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.
- 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 fogyasztó(ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. tevékenységével összefüggő panaszát szóban (személyesen, vagy telefonon) és írásban (e-mailben) egyaránt előterjesztheti az alábbiak szerint:

Szóbeli panaszát előadhatja – a biztosító székhelyén, valamint a cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákban – ügyélfogadási 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 címettként 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 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@mnbn.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@mnbn.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 (ÁBeF) ellenkező szerződéses kikötés hiányában az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) – továbbiakban: **biztosító** – azon betegség-biztosítási szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek.

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

A BIZTOSÍTÁSI 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 bekövetkeztével 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 megkötethetők és fenntarthatók.

A **KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK** csak valamely alapbiztosításhoz kapcsolódóan köthetők és tarthatók meg.
7. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.
8. A szerződés úgy jön létre, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzátartozó nyilatkozatok alapján **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki. 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 **kezdeté** 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 **szerződéskötéskor** kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- A közlési kötelezettség a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló **szerződésmódosításkor**, így külön-

nösen az 62. pontban meghatározott értékkövetéskor 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 biztosított- nak 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, kockázatszűkités vagy kockázatkizárás alkalmazása), amelyek a biztosítási kötvényen feltüntetésre kerülnek.
24. A szerződő és a biztosított felhatalmazást adnak a biztosító- nak a közölt adatok ellenőrzésére. A biztosított aláírásával hitelesítve felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat és a társadalombiztosítási ki- fizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészség- biztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosító- nak, kérésére, átadják.
25. A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **15 na- pon belül** köteles írásban bejelenteni a biztosított foglalko- zásának, szabadidős tevékenységének, a vállalt kockázatra (például balesetveszélyre) ható **lényeges megváltozását**.
26. Ha a biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződést elfogadását érintő, a szerződés hatályba lé- pését 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 kö- rülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, továbbá ha a biztosító kifejezett nyilatko- zata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szer- ződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasol- hatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételek- nek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem vála- szol, 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 feltéte- lekben ekként meghatározott esemény.
29. A **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosító- nak a biztosítási ese- mény bekövetkeztekor – a különös feltételek szerint – fel- lépő kötelezettsége.
30. A szolgáltatás pénzben vagy más módon (például az ellá- tások számában) kifejezett kezdeti értékét, azaz a **BIZTOSÍ- TÁSI ÖSSZEGET**, illetve a **SZOLGÁLTATÁS MENNYISÉGÉT ÉS MINŐ- SÉGÉT** a szerződő határozza meg az ajánlattételkor, ha azt a különös feltételek másként nem szabályozzák. A szolgálta-

- tás 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 körmegelőző 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. **SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A BIZTOSÍTÁS DÍJA

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 érték követésről 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 **egyszeri** díjas szerződés **teljes díját**, illetve a **folyamatos** díjfizetésű szerződés első biztosítási időszakra vonatkozó díját, az ajánlattételkor kell megfizetni. A biztosító az első díjat, illetve az egyszeri díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget – a biztosítási kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.
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 dönten. 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 elhúzódo 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 (kedvezményezetttség) 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, biztosítottak, 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, biztosítottak, 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 orvosszakértőjének 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 orvosszakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének 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 – életbiztosítási 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 kezelésekkel;
- 82.5. bennalvásos alvásvizsgálattal (somnia, poly-somnia);
- 82.6. krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, művekezeléssel;
- 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, 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;
- 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 biztosítóról 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 Versenyhivatal-

hoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkoszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, szaknácsadóhoz, 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:

Szóbeli panaszát előadhatja – a biztosító székhelyén, valamint a cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodákban – ügyélfogadási 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@mnbb.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@mnbb.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).

MediQa BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

Jelen biztosítási feltételek az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) azon szerződéseire érvényesek, amelyeket ezen feltételekre hivatkozással kötöttek. Jelen különös feltételek kizárólag az **Általános Betegségbiztosítási Feltételek 005** dokumentummal (továbbiakban **ÁBeF**) együtt érvényesek. A jelen különös feltételekben nem szabályozott kérdéseket és fogalmakat az **ÁBeF** tartalmazza. Amennyiben a szerződéshez tartozó különös biztosítási feltételek eltérnek a jelen általános feltételektől, úgy a különös feltételekben meghatározottak a mérvadók.

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEKHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

1. **Ellátásszervező egészségügyi szolgáltató (továbbiakban EESZ):** az a szervezet, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátásszervezési tevékenységet (2. pont) a biztosítottak tekintetében elvégezze.
2. **Ellátásszervezés:** orvosszakmai szempontból szükséges egészségügyi szolgáltatások (különösen a tervezhető járóbeteg-ellátás) megszervezése az ellátást igénybe vevők részére. Ellátásszervezésnek minősülnek a jelen szerződés vonatkozásában különösen az alábbiak: az egészségügyi ellátás, és a betegút menedzselése, kezelése, ellenőrzése, valamint az EESZ-nél, vagy rajta keresztül, szervezésében és tudtával, illetve jóváhagyásával igénybe vett egészségügyi ellátások adminisztrálása.
3. **Belgyógyászati ellátás:** a következő belgyógyászati szakorvosi vizsgálatok, kontrollvizsgálatok és kezelések: kórelőzmény felvétele, fizikális vizsgálat (különösen vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), belgyógyász által teljesíthető receptírás, injekciók beadása, helyszíni gyógyszerelés. A belgyógyászati ellátás részét képezik továbbá az alábbi műszeres vizsgálatok: nyugalmi EKG (12 elvezetéses), ABPM (24-órás vérnyomás-monitoring), Holter (24-órás EKG), csontsűrűség meghatározása sarokcsont ultrahanggal.
4. **Szakorvosi vizsgálat:** olyan, szakorvos által végzett vizsgálat, amely az orvosi szakma általánosan elfogadott szabályai szerint valamely orvosi szakterület szakorvosa által végezhető.
 - 4.1 **Kontrollvizsgálat:** olyan szakorvosi vizsgálat, melyet ellenőrzés céljából rendelt el a szakorvos, vagy amelyre a korábbi szakorvosi vizsgálatot szükségessé tevő panaszok miatt, azt követően 1 hónapon belül volt szükség ugyanazon a szakterületen.
5. **Alap-laborvizsgálatok:** vérvizsgálat (így különösen: vérkép, vörösvérsejt-süllyedés (We), vércukor, koleszterin /összkoleszterin, HDL, LDL/, triglicerid, véralvadás-vizsgálat, TSH, FT3, FT4, PSA); teljes vizeletvizsgálat; székletvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, széklet immunvérteszt; fertőzésvizsgálat (kivéve STD-teszt, HIV-teszt), terhesség megállapítása. **Nem tartoznak az alap-laborvizs-**

gálatok körébe a következők: az említetteken túli hormonvizsgálatok, immunológiai és szerológiai vizsgálatok, tumormarker-meghatározások, hematológiai vizsgálatok, PCR, toxikológiai vizsgálatok, genetikai vizsgálatok.

6. **Alap-diagnosztikai vizsgálatok:** nőgyógyászati citológiai vizsgálat, EKG (nyugalmi, terheléses), 24-órás vérnyomás monitor (ABPM), 24-órás EKG (Holter), ultrahangos vizsgálatok, röntgen, mammográfia, szűrő audiometria (hallásvizsgálat), arteriográfia, dermatoszkópia, Doppler, csontsűrűség-vizsgálat sarokcsont ultrahanggal, látótérvizsgálat, allergiatesztek (Epicutan-teszt, életkortól függően: bőrpróbával /Prick-teszt/ vagy allergiateszt vérvétellel).
7. **Egynapos sebészeti beavatkozás:** jogszabályban meghatározott olyan tervezhető és programozott sebészeti beavatkozás, amelyet a jogszabálynak megfelelően, erre specializáltan működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint az ellátás indokolt, és elvégezhető az ellátást igénybe vevő választása és vizsgálati eredménye alapján, továbbá: amely elvégzését követően – függetlenül attól, hogy altatásban vagy anélkül végezték – az ellátott az intézménybe történő felvételét követő 24 órán belüli megfigyelés után, a saját lábán, kísérelve hagyja el az intézményt.
8. **Fejlett (képalkotó és más jellegű) diagnosztikai vizsgálatok:** aspirációs citológia, biopszia, anoszkópia-rectoszkópia, gasztroszkópia, colonoszkópia, MRI (mágneses rezonanciás képalkotás), CT (komputertomográfia), Cardio-CT (kardio-komputertomográfia), PET-CT (pozitron emissziós tomográfia és komputer tomográfia egyszerre és egymást kiegészítő alkalmazása), centrális csontsűrűség-vizsgálat, EEG, ENG, EMG, angiográfia, scintigráfia, spirometria.
9. **Betegszállítás:** a biztosítottnak a lakóhelye és az orvosi kezelésre alkalmas legközelebbi, illetve az EESZ által kijelölt egészségügyi szolgáltató között mentőautóval történő szállítása, amelyet a biztosított (szak)orvosi beutaló alapján az EESZ-en keresztül vesz igénybe.

A betegszállítás akkor igényelhető, ha azt (szak)orvos elrendeli, hogy biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést olyan esetben, amikor mentőápolói felügyeletre orvosi szempontból nincs szükség, és az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható.
10. **Össejt levétele:** a biztosított gyermekének születésekor a gyermek köldökzsinórvéréből történő, úgynevezett embriónális össejt levétele.
11. **Szűrővizsgálat:** az **ÁBeF 42. pontja** szerinti olyan vizsgálat, amely a jelen biztosítási feltételek keretében a következő elemekből áll.
 - 11.1 **Alap szűrővizsgálat:** belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, vércukor- és koleszterinszint meghatározása stix-szel, valamint vizeletvizsgálat stix-szel, hasi és kismedencei ultrahangos vizsgálat.

11.2 **Emelt szűrővizsgálat:** belgyógyászati szakvizsgálat (többek között: vérnyomás, pulzus, testmagasság, testsúly mérése, testtömeg-index meghatározása), nyugalmi EKG, szemészeti szakvizsgálat, kétirányú mellkas-röntgen, laborvizsgálat (vérkép, vörösvérsejt-süllyedés /We/, összkoleszterin, HDL-koleszterin, LDL-koleszterin, triglicerid, vércukor, májfunkció (SGPT, GOT, GGT, ALP, Se bilirubin/, vesefunkció /CN, kreatinin/, teljes vizeletvizsgálat, 40 éves kor fölött széklet immun vérteszt, valamint nőgyógyászati szakvizsgálat (citológia és hüvelyi ultrahang) nőknek, urológiai szakvizsgálat (40 év felett PSA is) férfiaknak.

12. **Természetgyógyászati tanácsadás:** orvos-természetgyógyász által végzett holisztikus szemléletű életmód- és életviteli tanácsadás az úgynevezett komplementer medicina (természetgyógyászat) szakmai elveinek megfelelően a bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine) kiegészítőjeként.

13. **Szív- és érrendszeri kockázatbecslés:** felmért rizikófaktorok (kockázati tényezők: vérnyomás, koleszterin, vércukorszint, testsúly és dohányzás) alapján annak a valószínűségnek a meghatározása, hogy a vizsgált személynél a kockázatbecsléstől számított 10 éven belül fatális szív- és érrendszeri esemény fog történni.

14. **Diétás szaktanácsadás:** a szív- és érrendszeri rizikófaktorok (kockázati tényezők) optimális célértékének dietetikus által történő meghatározása és szaktanácsadás a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatának csökkentéséhez.

15. **Szolgáltatási limitösszeg:** a biztosító egyes szolgáltatások esetén eseti és/vagy éves összeghatárokat alkalmazhat, amelyek mértékét a biztosítási szerződés tartalmazza. Az éves limitösszegek az egyes biztosítási időszakokra (17. pont) vonatkoznak.

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

16. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően a biztosítás kezdeteként megjelölt hónap és nap szerinti évforduló.

17. Az **első biztosítási időszak** a szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam. A további **biztosítási időszakok** a biztosítási évfordulók közötti egy éves időtartamok.

18. A biztosítási szerződés határozatlan tartamú az alábbiak szerint: a 3. biztosítási időszak utolsó napját legkésőbb 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 60., illetve – az 1. számú Függelékben jelzettek szerint egyes szolgáltatási csomagok esetében – a 65. életévét betölti.

19. Jelen biztosítási szerződés keretében a Biztosító a **biztosítási szolgáltatásokat Magyarország területén nyújtja.**

III. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSAI

20. A Szerződő és Biztosított a MediQa betegségbiztosítás **biztosítási ajánlatán jelöli meg, hogy mely szolgáltatások (továbbiakban együtt: szolgáltatási csomag) vonatkoznak a Biztosítottra.** A választható szolgáltatási csomagokat a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képező 1. számú Függelék tartalmazza.

21. A biztosító szolgáltatásának feltétele, hogy:

21.1 az igényelt 24–26., valamint 28–37. pontok szerinti szolgáltatások a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt bekövetkezett balesete (ÁBeF 31. pont) vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége (ÁBeF 323. pont) – mint biztosítási esemény – miatt váljanak szükségessé;

21.2 az EESZ a Biztosítottnak a 24–26., 28–30., valamint 34–37. pontok szerinti ellátásra vonatkozó igényét a jelen biztosítási feltételek alapján megala-pozottnak minősítse, és a szolgáltatás igénybevétele rajta keresztül történjen.

22. A biztosító szolgáltatása a biztosítás kockázatviselésének kezdetétől számított 3 hónapon belül a 25. pont szerinti belgyógyászati ellátásra és a 27. pont szerinti alap-labor és alap-diagnosztikai vizsgálatokra terjed ki.

23. A biztosító szolgáltatásai nem foglalják magukba a gyógyszerek, védőoltások és gyógyászati segédeszközök árának térítését, ide nem értve a 33.3 pont szerinti rehabilitációs szolgáltatás keretében igénybe vett szolgáltatásokat.

24. **BELGYÓGYÁSZATI ELLÁTÁS:** a 21. pont alapján igénybe vett 3. pont szerinti szolgáltatás.

25. **SAKORVOSI VIZSGÁLAT, KONTROLLVIZSGÁLAT:** a 21. pont alapján igénybe vett 4–4.1 pontok szerinti szolgáltatás.

26. **ALAP-LABOR ÉS ALAP-DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** a jelen biztosítás keretében elvégzett belgyógyászati vagy szakorvosi vizsgálat alapján szakorvosi javaslatra igénybe vett, az 5–6. pontok szerinti szolgáltatás.

27. **Egy biztosítási időszakon belül** a Biztosított az **alább meghatározott esetszámig külön térítés nélkül** veheti igénybe a 24–26. pontok szerinti szolgáltatásokat.

27.1 A Biztosító a Biztosított számára az EESZ-en **keresztül belgyógyászati ellátáshoz való hozzáférést** (24. pont) – eltérő rendelkezésig – **esetszámkorlátozás nélkül** és külön térítési kötelezettség nélkül nyújtja a kockázatviselés tartama alatt.

27.2 A Biztosító a **szakorvosi és kontrollvizsgálatokhoz** – ide nem értve a belgyógyászati ellátást, valamint az **alap-labor és alap-diagnosztikai vizsgálatokat** (26. pont) – **való hozzáférést** (25. pont) egy biztosítási időszakon belül együttesen **12 vizsgálatig külön térítési kötelezettség nélkül** nyújtja.

Amennyiben a Biztosított által igénybe vett ilyen vizsgálatok együttes száma **meghaladja a térítés nélkül nyújtott vizsgálatok számát**, akkor az ugyanabban a biztosítási időszakban igénybe vett minden további vizsgálatot a Biztosító az *1. számú Függelékben* szereplő részleges térítési díjak ellenében nyújtja: **A fenti (27.1, 27.2 pont) esetekben a Biztosítónak jogában áll a (részleges) térítés nélkül igénybe vehető ellátások, illetve vizsgálatok számát, valamint a részleges térítési díj mértékét évente egyszer, a biztosítási évfordulóval módosítani, amelyről a biztosítási évfordulót megelőző 60. napig küld értesítést. A részleges térítési díjak emelésének mértéke legfeljebb a kiadásra kerülő és az azt megelőzően hatályos 1. számú Függelék érvényességének kezdeti időpontjait félévvel megelőző időpontok közötti időszakra vonatkozó, a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett fogyasztói egészségügyi szolgáltatási árindexnek megfelelő mértékben emelkedhet. Részleges térítési díj felszámítására legkorábban a 6. vizsgálatot követően kerülhet sor.**

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

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

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

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

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

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

30. **BETEGSZÁLLÍTÁS MEGSZERVEZÉSE ÉS TÉRÍTÉSE:** a biztosított által a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt, az EESZ-en keresztül igénybe vett, a 9. pont szerinti szolgáltatás.

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

31. **OTTHONÁPOLÁSI TÁMOGATÁS:** a Biztosított a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt végrehajtott műtétet (ÁBeF 33. pont) követően szolgáltatásként a Biztosító a szolgáltatási csomagban meghatározott otthonápolási

támogatási összeget fizeti ki a Biztosítottnak, amennyiben a szolgáltatási igény bejelentésekor a Biztosított életben van, feltéve, hogy

- 31.1 a **műtét** a Magyar Biztosítók Szövetsége Orvosi Bizottságának 2005. január 1-jén érvényes 0-tól 4-ig terjedő osztályozása szerint a 3-tól 4-ig terjedő osztályokba tartozik.

A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát. Az érintett műtétek körének rövid kivonata a jelen *Feltételek 2. számú Függelékét* képezi.

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

32. **ŐSSEJT LEVÉTEL TÉRÍTÉSE:** a Biztosított a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelté után született gyermekén elvégzett, a 10. pont szerinti beavatkozás esetén a biztosító megtéríti az őssejt-levétel számlával igazolt költségét az *1. számú Függelékben* meghatározott feltételekkel az eseti limit erejéig.

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

- 32.1 A **biztosítási esemény** a biztosítottat ért, a kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt bekövetkezett baleset (ÁBeF 31. pont), amely a biztosított a baleset napjától számított 2 éven belül megállapított, 50%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodását okozza.

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

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

Mindkét kar vagy kéz elvesztése	100%
Egyik kar vállizülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik kar könyökizület fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
Egyik kar könyökizület alatt való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik kéz teljes elvesztése	55%
Egyik hüvelykujj elvesztése	20%
Egyik mutatóujj elvesztése	10%
Más ujj elvesztése, egyenként	5%
Mindkét láb elvesztése combtól	100%
Mindkét lábszár elvesztése, protézisre alkalmatlan módon	100%

Mindkét lábszár elvesztése, megmaradó jó térdfunkcióval	80%
Egyik láb combközép fölött való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
Egyik láb combközépig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	60%
Egyik láb térdig elvesztése	50%
Egyik lábszár térd alatt történő elvesztése	45%
Egyik lábfej elvesztése	40%
Egyik nagyujj elvesztése	5%
Más lábujj elvesztése, egyenként	2%
Mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
Egyik szem látóképességének teljes elvesztése	50%
Mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
Egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	30%
Szaglóérzék 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.

33.2 A biztosító a 33.1 pontban szereplő biztosítási esemény bekövetkezése esetén a szerződésben meghatározott – a baleset időpontjában érvényes – biztosítási összeget fizeti ki a Biztosítottnak.

33.3 A Biztosított – a Biztosító szerződött szolgáltató partnerén keresztül – továbbá jogosult a biztosítási összeggel megegyező összegig terjedő REHABILITÁCIÓS SZOLGÁLTATÁS igénybe vételére. A rehabilitációs szolgáltatás a következőket tartalmazza:

- **Orvosi rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: rehabilitáció fizikális és pszichológiai rehabilitációs kezelésekre szakosodott egészségügyi intézményekben, szükséges gyógyászati segédeszközök, betegápolás.
- **Szociális rehabilitáció költségeinek fedezése** többek között a következő esetekre: lakás-átalakítás, hivatali információ-szerzés és ügyintézés, háztartási segítség.

A rehabilitációs szolgáltatás esetenkénti tartalmát a Biztosító szerződött partnerének rehabilitációs menedzsere egyezteteti a Biztosítóval.

IV. EGYÉB SZOLGÁLTATÁSOK

34. **SZŰRŐVIZSGÁLAT:** a 14. életévét betöltött Biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt az EESZ-en keresztül **kétévente** (minden második biztosítási évben) jogosult igénybe venni a 11.1. pont szerinti szolgáltatást. A szűrővizsgálatot első alkalommal a második biztosítási időszakban vehető igénybe.

Az 1. számú Függelékben meghatározott megfelelő szolgáltatási csomaggal rendelkező Biztosított az előző bekezdés szerinti szűrővizsgálatokat közvetlenül követő biztosítási években a 11.2. pont szerinti **emelt szűrővizsgálatra** jogosult.

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

35. **TERMÉSZETGYÓGYÁSZATI TANÁCSADÁS:** a biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt, szakorvosi vizsgálat után, a **szakorvos javaslatára az EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 12. pont szerinti szolgáltatást, melyet az EESZ e-mail-en keresztül nyújt.

36. **SZÍV- ÉS ÉRENDSZERI KOCKÁZATBECSLÉS:** a biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt az **EESZ-en keresztül** biztosítási időszakonként egyszer veheti igénybe a 13. pont szerinti szolgáltatást.

37. **DIÉTÁS SZAKTANÁCSADÁS:** a biztosított a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartama (ÁBeF 16–20. pont) alatt az **EESZ-en keresztül** korlátlanul igénybe veheti a 14. pont szerinti szolgáltatást.

V. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

38. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor **nem egyenlíti ki**, a 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.

Az első elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap eltelte után a biztosított nem jogosult a biztosítási szolgáltatások igénybe vételére mindaddig, amíg az elmaradt díjakat nem egyenlíti ki.

39. A díjfizetés elmulasztása miatt megszűnt biztosítási szerződés **nem reaktiválható**, azaz nem helyezhető újra érvénybe.

VI. DÍJMÓDOSÍTÁS, ÉRTÉKKÖVETÉS

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

VIII. KIZÁRÁSOK, MARADÉKJOGOK

44. A biztosítási események köréből az ÁBeF 82–83. pontjaiban meghatározottakon túl **kizárásra** kerülnek
- 44.1 azok az események, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak
- a) az alábbi fertőző betegségekkel: TBC, tetanusz, veszettség, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C vírusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek (többek között malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz), SARS, ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzés, mely ellen a betegség diagnosztizálását megelőző 30. napon már rendelkeztek Magyarországon hatékony védőoltással, antibiotikummal vagy más gyógyszerrel;

- b) a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel;
- c) a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével, valamint terhesség-megszakításával kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást és a 10. pont szerinti összejtlevételt);

44.2 a szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások;

44.3 a protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetései;

44.4 a sürgősségi ellátások (ÁBeF 44. pont).

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

IX. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

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

A MediQa betegségbiztosítás különös feltételeihez

A MediQa betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai

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

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

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

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

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

A biztosítási szerződés határozatlan tartamú az alábbiak szerint: a 3. biztosítási időszak utolsó napját legkésőbb 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, a következő feltételekkel:

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

A MediQa betegségbiztosítás különös feltételeihez

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

A biztosító által térített műtétek csoportba sorolásának kivonatos tájékoztatója

3-4. CSOPORT

1. Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása
2. Üvegtest csere
3. Műtét a közép-, illetve a belsőfülben
4. Gége egy részének eltávolítása
5. Hangréstágító műtét külső feltárásból
6. Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása
7. Nyaki csigolya műtete
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 műtete (bypass műtét)
15. Koszorúér-szűkület műtéti tágítása
16. Pitvari sérülés ellátása
17. Hasnyálmirigy-átültetés
18. Veseátültetés
19. Vastagbél teljes eltávolítása
20. Műanyag háló beépítése hasfali sérv műtétjéhez
21. Érpótlás a medencei- és combverőér között
22. Könyökprotézis
23. Csuklóprotézis
24. TEP, teljes csípőprotézis
25. Teljes térdprotézis beültetés

A MediQa betegségbiztosítás különös feltételeihez

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

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

Fejlett diagnosztikai vizsgálatok	
MRI (gerinc, kontrasztos)	58 300 Ft
MRI (hasi, kontrasztos)	48 000 Ft
MRI (váll, natív)	22 500 Ft
MRI (gerinc, natív)	15 000 Ft
PET CT	250 000 Ft
CT (mellkasi)	40 000 Ft
CT (hasi)	31 490 Ft
CT (koponya)	22 500 Ft
CT (nyaki gerinc)	17 500 Ft
ENG	50 000 Ft
EEG	13 515 Ft
EMG	9 750 Ft
Csont-scintigráfia	53 000 Ft
Scintigráfia (terheléses szívizom)	40 900 Ft
Scintigráfia (vese, tüdő, csont, pajzsmirigy)	12 500 Ft
Vese biopszia	36 300 Ft
Angiográfia	20 000 Ft
Colonoscopia	29 000 Ft
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: 2014. március 15-től visszavonásig

Vezérigazgatóság

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

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

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