



Távértékesítési tájékoztató

az UNIQA Biztosító Zrt.-vel távértékesítés
keretében kötött biztosítási szerződésekhez

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el az alábbi tájékoztatást („Távértékesítési Tájékoztató”) és a biztosítási szerződésre vonatkozó Biztosítási Feltételeket. Kifejezetten felhívjuk szíves figyelmét, hogy jelen Távértékesítési Tájékoztató nem teljes körű, az UNIQA Biztosító Zrt. szolgáltatására vonatkozó szerződési feltételeket a Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

1. SZOLGÁLTATÓ

Név: UNIQA Biztosító Zrt. („Biztosító”)
Székhely és levelezési cím:
1134 Budapest, Róbert Károly körút 70–74.
Telefon: +36 1/20/30/70 544-5555
Fax: +36 1/ 238 6060
E-mail cím: info@uniqa.hu
Skype: uniqaBiztosito
Cégjegyzékszám: 01-10-041515,
Nyilvántartó hatóság: Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Fő tevékenységi kör: Nem életbiztosítás

2. FELÜGYELETI SZERV

Név: Magyar Nemzeti Bank („MNB”)
Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.;
Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
Levél cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest;
Internetes elérhetőség: www.mnb.hu;
E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu;
Ügyfélszolgálati telefonszám: 36-80-203-776.

3. SZOLGÁLTATÁS

A szerződés létrejöttével a Biztosító biztosítási szolgáltatást nyújt a fogyasztó („Fogyasztó”) részére. A Távértékesítési Tájékoztató alkalmazásában Fogyasztó az a természetes személy, akinek a részére - önálló foglalkozása és gazdasági tevékenysége körén kívül eső célból - a szolgáltatást nyújtják, továbbá, aki a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás vagy ajánlat (ajánlati felhívás) címzettje.

A szerződésre a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényt, valamint a távértékesítés tekintetében a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény rendelkezéseit kell alkalmazni.

A szolgáltatásra vonatkozó szerződési feltételeket, így többek között

- a szerződés tárgyának lényeges jellemzőit,
- az ellenszolgáltatással kapcsolatos információkat, - beleértve a szolgáltatáshoz kapcsolódó egyéb fizetési kötelezettségeket is,
- az ellenszolgáltatáson kívül esetlegesen felmerülő Fogyasztót terhelő egyéb fizetési kötelezettségeket,
- a szolgáltatáshoz kapcsolódó eszközök esetleges különleges kockázatait,
- a megadott adatok érvényességének esetleges időbeli korlátozásait,
- a fizetés és teljesítés feltételeit a vonatkozó Biztosítási Feltételek, és a fenti jogszabályok tartalmazzák.

A távközlő eszköz használatával kapcsolatban a Biztosító a Fogyasztóval szemben többletköltséget nem érvényesít.

4. SZERZŐDÉS

4.1. Elállási (felmondási) jog

A Fogyasztó - az alábbiakban meghatározott kivételekkel - a szerződést a szerződéskötés napjától számított 14 (tizennyolc) napon belül indokolás nélkül azonnali hatállyal felmondhatja.

Nem illeti meg a Fogyasztót elállási (felmondási jog, együttesen „Felmondási jog”):

- az utazási és poggyászbiztosítások, illetve más hasonló rövid időtartamú biztosítások vonatkozásában, amennyiben ezek időtartama nem haladja meg az egy hónapot;
- a szerződésnek mindkét fél általi teljes körű teljesítését követően, amennyiben ez a Fogyasztó kifejezett kérése alapján történt.

A Felmondási jog különleges esetei:

- Ha a Fogyasztó a Távértékesítési Tájékoztatót a szerződéskötést követően kapja kézhez, Felmondási jogát a szerződéskötés napjától kezdődően a Távértékesítési Tájékoztató kézhezvételétől számított tizenegyedik nap elteltéig gyakorolhatja.
- Ha a Biztosító a Fogyasztó részére semmilyen tájékoztatást nem nyújtott, a Fogyasztó a Felmondási jogát a szerződéskötés napjától kezdődően a távértékesítési törvénynek megfelelő tájékoztatás kézhezvételétől számított tizenegyedik nap, de legfeljebb a szerződéskötés napjától számított egyéves jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.
- Ha a Biztosító által nyújtott tájékoztatás nem volt megfelelő tartalmú, a Fogyasztó a Felmondási jogát a szerződéskötés napjától kezdődően a távértékesítési törvénynek megfelelő tájékoztatás kézhezvételétől számított tizenegyedik nap, de legfeljebb a szerződéskötés napjától számított három hónapos jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.
- Ha a Fogyasztó a távértékesítési törvényben meghatározott Felmondási jogra vonatkozó tájékoztatást nem kapott, Felmondási jogát a szerződéskötés napjától kezdődően a távértékesítési törvénynek megfelelő tájékoztatás kézhezvételétől számított tizenegyedik nap, de legfeljebb a szerződéskötés napjától számított egyéves jogvesztő határidő elteltéig gyakorolhatja.

A Biztosító a Felmondási jogot határidőben érvényesítettnek tekinti, ha a Fogyasztó erre vonatkozó nyilatkozatát postára adja vagy **igazolható módon** a Biztosító levelezési címére (UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly körút 70–74.) **postára adja**, vagy **telefax** útján a +361/238-6060 számra megküldi.

A Felmondásra nyitva álló határidő lejárt előtt a szerződés teljesítése csak a Fogyasztó kifejezett hozzájárulását követően kezdhető meg. A Fogyasztó tudomásul veszi, hogy a biztosítási esemény bejelentése a szerződés teljesítésére vonatkozó kifejezett hozzájárulásának minősül.

- Ha a Fogyasztó a Felmondási jogát gyakorolta, a Biztosító kizárólag a szerződésnek megfelelően ténylegesen teljesített szolgáltatás arányos ellenértékét jogosult követelni. A Fogyasztó által fizetendő összeg nem haladhatja meg a már teljesített szolgáltatásért - a szerződésben meghatározott szolgáltatás egészéhez viszonyítottan - arányosan járó összeget, és nem lehet olyan mértékű, hogy szankciónak minősüljön. A szerződés megkötésével kapcsolatos szolgáltatások ellenértéke megtérítésének is csak a ténylegesen teljesített egyéb, a szerződés tárgyát képező szolgáltatással arányos mértékben van helye. A Biztosító csak abban az esetben jogosult ezen összeg követelésére, ha igazolja, hogy a Fogyasztó részére a távértékesítési törvényben meghatározott Felmondási jogra vonatkozó tájékoztatást megadta.
- Ha a Felmondásra nyitva álló határidő a fenti bekezdések alapján meghosszabbodott, a Biztosító a meghosszabbítás időtartama alatt, azaz a törvénynek megfelelő tájékoztatás megadásáig teljesített szolgáltatás ellenértékét nem követelheti.
- Ha a Biztosító a teljesítést a Felmondási határidő lejárt előtt a Fogyasztó előzetes hozzájárulása nélkül kezdte meg, a Fogyasztóval szemben a fenti, szolgáltatás ellenértékének követelésére sem jogosult.
- A Biztosító köteles a Fogyasztó által fizetett pénzüsszeget - az fenti, szolgáltatás ellenértékének összegének kivételével - a Felmondásról szóló nyilatkozat kézhezvételét követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül visszatéríteni.
- A Fogyasztó köteles a Biztosító által kifizetett pénzüsszeget a Felmondásról szóló nyilatkozatának elküldését követően haladéktalanul, de legkésőbb 30 napon belül visszatéríteni.

4.2. A szerződés legrövidebb időtartama: ezen információt a Biztosítási Feltételek tartalmazzák.

4.3. Egyoldalú megszüntetés: A szerződés lejáratá előtti egyoldalú megszüntetésének lehetősége és következményeire vonatkozó információt a Biztosítási Feltételek és a vonatkozó jogszabályok tartalmazzák.

4.4. Együttműködési és tájékoztatási kötelezettség: A feleket a szerződés létrejöttét megelőző időszakban terhelő együttműködési és tájékoztatási kötelezettségre a magyar jog alkalmazandó, az előzetes tájékoztatás magyar nyelven történik.

4.5. Jogválasztás: A szerződés csak magyar nyelven köthető meg és a szerződésre a magyar jog alkalmazandó. A szerződés hatálya alatt az ügyféllel való kapcsolattartás magyar nyelven történik.

4.6. Biztosítóra irányadó kódex: A Magyar Biztosítók Szövetsége által megalkotott Etikai- és Versenykódex rendelkezései a MABISZ tagbiztosítói – így Biztosító számára is – kötelező érvényűek. Az Etikai- és Versenykódex elektronikus elérhetősége: <http://www.mabisz.hu/hu/a-szovetseg/etikai-kodex.html>

4.7. Garanciaalap: Garanciaalap (Kártalanítási Számla), valamint Kártalanítási Alap csak kötelező gépjármű-felelősségbiztosítási szerződéssel kapcsolatban áll rendelkezésre.

4.8. Jogvita: A szerződésből eredő jogvitákban a magyar Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező magyar bíróság jár el. Jogvita esetén alkalmazandó eljárás:

4.9. Panaszkezelés

4.9.1. Panaszok bejelentése

A Fogyasztó (ügyfél) a Biztosító tevékenységével, szolgáltatásával, termékével összefüggő panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- személyesen írásban vagy szóban** a biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben munkanapokon hétfőtől szerdáig 8-17 óráig, csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8-20 óráig, péntekenként 8-16 óráig,
 - elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
 - telefonon** (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámokon: +36 1/20/30/70/ 544-5555) munkanapokon hétfőtől szerdáig 8-17 óráig csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8-20 óráig, péntekenként 8-16 óráig,
 - útitján** (az alábbi telefax számon: +36 1/238-6060),
 - levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).
- A panaszbeadványokon címeztként kérjük feltüntetni a *Panaszkezelés* megnevezést is. A *panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat]* a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

Amennyiben az eljáró biztosításközvetítő függő biztosításközvetítő többes ügynök, vagy független biztosításközvetítő alkusz, úgy ezek magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát a biztosításközvetítőnél terjesztheti elő.

4.9.2. Jogorvoslati fórumok

A) Fogyasztónak minősülő Ügyfél

A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a **fogyasztónak minősülő Ügyfél** alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

Amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos az **Ügyfél**:

- a) a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy
- b) Amennyiben az elutasított panasz Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (MNB tv.) meghatározott *fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására*

(a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására) irányul, úgy az **Ügyfél** az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának** (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf. 777, telefon: 06-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/fogyasztovedelem, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu) **fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti

c) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetség, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviselésében eljáró személy.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti a Biztosítótól. A nyomtatványt a Biztosító igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton haladéktalanul megküldeni köteles. A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben is.

Online vitarendezési platform

Amennyiben az Ügyfél az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkezik és az 524/2013/EU rendelet (továbbiakban: Rendelet) 4. cikk (1) bekezdés a) pontja értelmében fogyasztónak minősül, a biztosítóval **elektronikus úton megkötött** biztosítási szerződéssel összefüggésben felmerülő pénzügyi fogyasztói jogvita bírósági eljárásán kívüli, a **Pénzügyi Békéltető Testület** közreműködésével történő rendezését az Európai Bizottság által létrehozott **online vitarendezési platformon** (<http://ec.europa.eu/odr>) keresztül is **kezdeményezheti**.

Az online vitarendezési platform az online vitarendezési eljárás lefolytatása céljából igénybe vehető olyan interaktív weboldal, amely elektronikus úton és díjmentesen elérhető az Unió intézményeinek valamennyi hivatalos nyelvére, így magyarul is. A honlap működésével kapcsolatban felhasználói útmutató a <https://webgate.ec.europa.eu/odr/userguide/> oldalon található.

A Rendelet hatálya közvetlenül kiterjed a Magyarországon székhellyel rendelkező pénzügyi szolgáltatóra, amennyiben közte és a fogyasztó között létrejött **online szolgáltatási szerződéssel** kapcsolatban pénzügyi fogyasztói jogvita merül fel.

Fogyasztónak minősül a Rendelet értelmében „bármely természetes személy, aki nem kereskedelmi, üzleti vagy szakmai célból jár el.”

Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület (H-1525 Budapest, Pf.:172, telefon: +36-80-203-776, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu, internetes oldal: www.mnb.hu/bekeltetes) **jogosult**, amely a Magyar Nemzeti Bank által működtetett, szakmailag független testület.

A Biztosító online vitarendezés érdekében – kizárólag e célból – használt e-mail címe, amelyet az online vitarendezési platformon meg kell adni: onlinevitarendezes@uniqa.hu

B) Fogyasztónak nem minősülő Ügyfél

Amennyiben az Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál **kezdeményezhet polgári peres eljárást**.

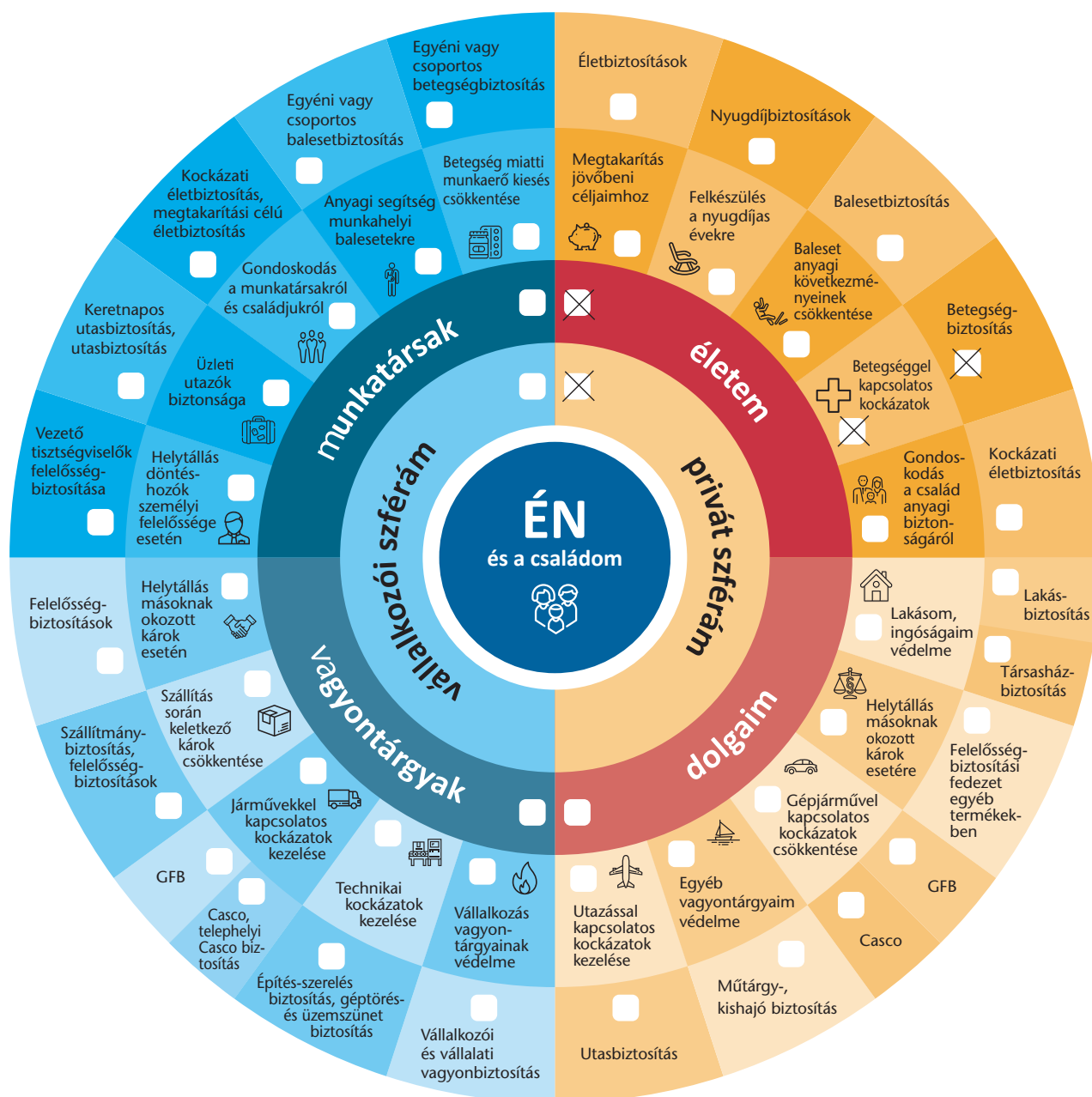
4.10. További tájékoztatás: A megkötendő szerződés írásba foglalt szerződésnek minősül, amelyet a Biztosító egyedi azonosító jellel lát el. A szerződést a Biztosító Bit.-ben és az adatvédelemre vonatkozó jogszabályok-ban foglaltak szerint kezeli és tárolja.

Amennyiben a biztosítási szerződésével kapcsolatban bármilyen jellegetű kérdése van, központi ügyfélszolgálatunk munkatársai a 1134 Budapest, Róbert Károly körút 70–74. szám alatt személyesen, illetve a +36 1/20/30/70 544-5555 telefonszámokon készséggel állnak rendelkezésére.

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

UNIQA Biztosító Zrt.

Szükséglet- és igényfelmérő



Amennyiben több igény is meghatározásra kerül,
melyik az az egy konkrét termék, amire az ajánlat készüljön?

MedHelp III. betegségbiztosítás

Betegségbiztosítás

Biztosítási termékismertető



UNIQA Biztosító Zrt.

Magyarország

Felügyelt – aktív

Engedély száma: H-EN-II-80/2016

Med Help III. betegségbiztosítás

Ez a termékismertető rövid áttekintést ad a biztosítás lényeges tartalmi elemeiről. A termékre vonatkozó teljes körű, szerződéskötés előtti és szerződéses tájékoztatás más dokumentumokban (biztosítási feltételek, biztosítási ajánlat dokumentumai) érhetőek el. A teljes körű tájékozódás érdekében kérjük, olvassa el ezeket a dokumentumokat!

Milyen típusú biztosításról van szó?

A Med Help III. betegségbiztosítási szerződés alapján a biztosító a biztosított megbetegedése esetén a szerződésben meghatározott alábbi szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.



Mire terjed ki a biztosítás?

	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
Kiemelt kockázatú betegségek (a 2. számú Függelékben felsorolt 1–4. betegség) – Rosszindulatú daganatos betegség – Agyi érkatasztrófa – Szívizomelhalás (szívinfarktus) – Krónikus vese-elégtelenség	–	500 000 Ft	–	–
Kiemelt kockázatú betegségek (a 2. számú Függelékben felsorolt mind a 35 betegség)	–	–	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft
70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás	250 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 500 000 Ft
Csonttörés	10 000 Ft	15 000 Ft	25 000 Ft	50 000 Ft
Égés	100 000 Ft	200 000 Ft	500 000 Ft	2 000 000 Ft
Gyermek születése	50 000 Ft	75 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft
Őssejt-levétel	–	–	–	100 000 Ft



Mire nem terjed ki a biztosítás?

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

- × HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);
- × radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- × öröklött és veleszületett rendellenességgel;
- × geriatrai, hospice, pszichológiai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkel;
- × bennalvasó alvásvizsgálattal (somnia, polysomnia);
- × krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, művesekezeléssel;
- × nem baleseti vagy nem betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;
- × a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;
- × a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;
- × 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;
- × a nem megváltoztatásával; 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 esetét, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),
- × fogászati kezelésekkkel, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják.

Egyéb kizárások:

- × minden olyan költség, amely nem kifejezetten körülírt fedezett betegségek vagy fedezett orvosi beavatkozások kapcsán merül fel;
- × minden olyan költség, amely fedezett betegségek vagy fedezett orvosi beavatkozások kapcsán merül fel olyan biztosított esetében, aki a diagnózis felállításakor nem rendelkezett állandó tartózkodási hellyel Magyarországon;
- × minden olyan betegség vagy sérülés kapcsán felmerülő költség, mely háború, terrorcselekmény, szeizmikus földmozgás, lázadás, felkelés, árvíz, vulkánkitörés, valamint a nukleáris reakció és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is;
- × minden olyan egészségügyi kiadás, amely alkoholizmussal, kábítószer-függőséggel és/vagy bódító hatású anyagok használatával kapcsolatban vált szükségessé túlzott alkoholfogyasztás és/vagy pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén szerek használata miatt.

A fenti felsorolás nem teljes körű, a kizárások teljes listáját a termék feltételei tartalmazzák.



Milyen korlátozások vannak a biztosítási fedezetben?

A biztosító mentesül a szolgáltatások teljesítése alól:

- ! 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 közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén kivéve, ha a szerződő fél bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkezésében.
- ! amennyiben a biztosítási eseményt a megadott határidőn belül nem jelentik be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak.
- ! ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében veszítette életét.
- ! ha a balesetet a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézte elő.



Hol érvényes a biztosításom?

- ✓ Csonttörés, 70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás, a biztosított égési sérülése, kiemelt kockázatú betegsége esetén vagy ha a biztosítottnak gyermeke születik a biztosító kockázatviselése az egész világra kiterjed.
- ✓ A többi biztosítási esemény területi hatálya az Európai Unió.



Milyen kötelezettségeim vannak a biztosítással kapcsolatban?

- Szerződésalkötéskor minden lényeges körülményről történő tájékoztatás a biztosító által feltett kérdésekkel összhangban (közlési kötelezettség).
- Változások bejelentése: 5 munkanapon belül a szerződő és biztosított adatainak (különösen lakcím, név), valamint 15 napon belül a biztosított foglalkozásának, szabadidős tevékenységének a baleseti kockázat szempontjából lényeges megváltozása esetén.
- Díjfizetés
- A biztosítási esemény bejelentése 8 napon belül.



Mikor és hogyan kell fizetnem?

- A biztosítási díj a biztosítót a kockázatviselés tartamára, a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszakokra előre illeti meg.
- A biztosítási díj fizetésének módját és gyakoriságát a szerződés tartalmazza a Szerződő és a Biztosító megállapodása szerint:
 - a díjfizetés történhet évi egy, kettő, négy vagy tizenkét részletben a termékre vonatkozó teljes körű tájékoztatókban foglaltak figyelembe vételével;
 - postai csekken, banki és egyéb szolgáltatókon keresztül történő átutalással, csoportos beszedéssel, vagy bankkártyás teljesítéssel.



Mikortól meddig tart a kockázatviselés?

- A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésével kezdődik. A biztosítás az azt követő napon lép hatályba, amikor a szerződő az első díjat a biztosító számlájára befizeti, illetőleg, amikor a díj megfizetésére vonatkozóan a felek halasztásban állapodnak meg, feltéve, hogy a biztosítás létrejött vagy utóbb létrejön.
- A biztosítási szerződés lehet határozott vagy határozatlan tartamú



Hogyan szüntethetem meg a szerződést?

Ön:

- biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőző írásos felmondással

A Biztosító:

- 3. biztosítási évfordulót követően a biztosítási évfordulókat legalább 30 nappal megelőző írásos felmondással

Biztosítási fedezet megszűnik továbbá

- a biztosított halálával,
- a díjfizetés elmaradása esetén (késedelmes díjfizetés esetén a biztosító 30 napos póthatáridővel felszólítást küld a szerződőnek, melynek eredménytelen letelével az elmaradt díj esedékességi napjával a biztosítás megszűnik);
- legkésőbb annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított a biztosítási ajánlaton jelzettek szerint betölti a 65. vagy a 70. életévét.



Feltétel

Med Help III. Betegségbiztosítás

2018. július 20-tól érvényes

Ügyfélértékelő

Tisztelt Partnerünk!

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

Biztosító neve: UNIQA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság (továbbiakban: a „Biztosító”)

Székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly körút 70–74.

Tevékenysége: biztosítási tevékenység.

A Biztosító Felügyeleti szerve: a Magyar Nemzeti Bank

Székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.;

Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Jelentés fizetőképességről és pénzügyi helyzetéről: a jelentés a Biztosító honlapján (www.uniqa.hu) érhető el.

Tanácsadás

A Biztosító a jelen ügyfélértékelőben és a hozzá kapcsolódó biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási termék esetén

- **nem nyújt tanácsadást**, ha a biztosítási értékesítés **online** (a Biztosító honlapján keresztül) felületen történik;
- **tanácsadást nyújt**, ha a biztosítási értékesítés **telefonos** úton történik;
- **tanácsadást nyújt**, ha a biztosítási értékesítés függő biztosításközvetítő **ügynök** közreműködésével történik.

Amennyiben a jelen ügyfélértékelőben és a hozzá kapcsolódó Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási terméket az Ön részére független biztosításközvetítő **alkusz**, vagy függő biztosításközvetítő **többes ügynök** közvetíti, az alkusz, a többes ügynök biztosításközvetítői (ügyfél)tájékoztatójában olvashat részletesen arról, hogy nyújtanak-e tanácsadást.

Közreműködőink javadalmazása

A Biztosító – biztosításközvetítőnek nem minősülő – közreműködői a biztosítási értékesítési tevékenységüket munkaviszony keretében végzik, amely ellenértékéért a munkajogi jogviszonyokra jellemző javadalmazásban részesülnek.

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

A biztosítási szerződés alanyai

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

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

Biztosítási események, szolgáltatások

Biztosítási események:

- a biztosított a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott műtétek;
- a biztosított vagy 1–14. év közötti gyermeke folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelése;
- a biztosított a kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett csonttörése;
- a biztosított a kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett 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 biztosított égési sérülése;
- összejt levétele.

A Szerződő és Biztosított a Med Help III. betegségbiztosítás **biztosítási ajánlatán jelöli meg, hogy mely biztosítási események és ezekhez tartozó biztosítási szolgáltatások (továbbiakban együtt: szolgáltatási csomag) vonatkoznak a Biztosítottra.** A választható szolgáltatási csomagokat a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képező 3. számú *Függelék* tartalmazza.

A biztosítási események és szolgáltatások részletes ismertetését a KF 1–9. és 12–22. pontjai tartalmazzák, a kapcsolódó fogalmak magyarázata az ÁBeF 28–44. számú pontjaiban található.

A biztosítás tartama, biztosítási időszak

Biztosítási szerződés köthető **határozott vagy határozatlan tartamra.** 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 folytatólagos éves díjak minden évben a biztosítási évfordulókon előre esedékesek. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat az éves díj részletekben történő fizetéséhez. A díjfizetéssel kapcsolatos további információk az ÁBeF 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 23–24. pontjaiban találhatók.

Alkalmazott kizárások, a biztosító mentesülése

A biztosító mentesülését vonja maga után, ha a szerződő vagy a biztosított tudatosan hamis adatokkal, főként betegség színlelésével biztosítási szolgáltatásokat csal ki, vagy próbál kicsalni, vagy ilyen tevékenységben közreműködik, vagy a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása idézi elő a biztosítási eseményt. **A biztosító mentesüléseinek feltételeit, az alkalmazott kizárásokat az ÁBeF 77–83. és a KF 25–26. 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 biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével kapcsolatos tudnivalókat az ÁBeF Adatkezelés, adatvédelem 84–91. pontjai tartalmazzák.
- A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő a Feltételek 93. pontjában foglaltak szerint.
- Amennyiben ennek a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. tv.-ben rögzített feltételei fennállnak, panaszával a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (1525 Budapest, Pf. 172) vagy a **Magyar Nemzeti Bankhoz** (székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39., tel.: +36-80-203-776, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu, levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf.: 777.), vagy a Polgári Perrendtartás szabályai szerint **bírósághoz** fordulhat. A panaszkezeléssel kapcsolatos további tudnivalókat megismerheti a társaságunk székhelyén (1134 Budapest, Róbert K. krt. 70–74.) megtalálható Ügyfélszolgálaton, valamint a www.uniqa.hu honlapon közzétett Panaszkezelési Szabályzatból.

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 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 nyilatkozattal 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 szerződéshez **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 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 lejáratá (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 különösen 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 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 egészségbiztosítási 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 szerződéskötés 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 bekövetkeztekor – 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 **MŰTÉNEK** 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 kábítószer-elvonó 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 a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, mint társadalombiztosítási szerv (NEAK) 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 EGÉSZSÉGHÁROSODÁS** 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, illet-

ve 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 kockázatok 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 biztosítottnak 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 értékkövetésről 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 **folymatos** 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 jogá-

ban 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 **kötvénykölcson** 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 (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 bekö-

vetkezésének 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 összegszerűségét 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 kezelésekkal;
- 82.5. bennalvások 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, 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

ADATKEZELÉS, ADATVÉDELEM

84. A Biztosító az átláthatóság elvének érvényesülése érdekében közérthető módon kívánja Ügyfeleit tájékoztatni a Biztosító adatkezeléséről és az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 számú, Általános Adatvédelmi Rendeletének („GDPR”) való megfeleléséről. A Biztosító ugyanakkor a jogi teljeskörűség érdekében honlapján, továbbá **Ügyfélszolgálatán is közzéteszi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat** (ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is elérhetőek). A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak. A Biztosító az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény („Info. Törvény”), továbbá a GDPR alapján, figyelembe véve a

biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény („Bit.”) rendelkezéseit, az alábbi tájékoztatást nyújtja a természetes személy érintetteket (Szerződők, Biztosítottak, Kedvezményezettek, a Bit. szerinti egyéb Ügyfelek, a továbbiakban együttesen említve, mint: „Érintett”) részére.

85. Adatkezelő, -képviselője és az Adatvédelmi tisztviselő neve, elérhetősége

85.1. Adatkezelő: **UNIQA Biztosító Zrt.**

85.2. Az Adatkezelő képviselőjének, továbbá az adatvédelmi tisztviselőnek a neve és elérhetősége a Biztosító honlapján és az Ügyfélszolgálaton kifüggesztve található. Ezen információkról Ügyfeleink a függő biztosításközvetítő ügynök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódhatnak.

86. Adattovábbítás címzettjei

86.1. *Adatfeldolgozók*: A Biztosító részéről adatfeldolgozóként a Biztosító számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, adatfeldolgozók járhatnak el, akik az adatokat megismerhetik. Ezen adatfeldolgozók címzettjei körök szerint az alábbiak:

- a) belföldi és az Európai Gazdasági Térségről szóló Egyezményben részes tagállamban lévő viszontbiztosítók,
- b) elektronikus adatfeldolgozó szolgáltatók,
- c) informatikai (rendszerkarbantartó, üzemeltető) szolgáltatók,
- d) információbiztonsági és szoftverfejlesztési szolgáltatók,
- e) kárrendező és kárszakértő szolgáltatók,
- f) kárrendezés során eljáró magánnyomozók,
- g) kockázatbírálásban és kárrendezés során eljáró orvosszakértők,
- h) kárrendezésben és díjbehajtásban résztvevő ügyvédek, ügyvédi irodák, követelés behajtók,
- i) vagyongazdálkodók, nyomdai szolgáltatók.

86.2. A Biztosítónál adatfeldolgozást végző személyek hatályos listája a Biztosító honlapján található.

86.3. Amennyiben a termék jellegéből adódóan a szerződésben foglalt szolgáltatás teljesítése érdekében elengedhetetlen, a Biztosító a szerződés teljesítése céljából harmadik országba továbbítja az Érintett személyes adatait annak érdekében, hogy az Érintett külföldön részesülhessen egészségügyi ellátásban, vagy külföldön vehessen igénybe szolgáltatásokat. A Biztosító minden esetben az Érintett által igénybe vett szolgáltatás szerinti országban honos partnerének továbbítja az Érintett személyes adatait. Amennyiben a szerződés teljesítéséhez az elengedhetetlenül szükséges, a Biztosító 3. országba az alábbi címzettjei körnek továbbíthat adatot:

- a) viszontbiztosítók,
- b) egészségügyi intézmények,
- c) egészségügyi szolgáltatást nyújtó szolgáltatók,
- d) nyomozóhatóság, ügyészség, bíróság.

87. Biztosítási titok megismerése

A Biztosító jogosult kezelni Ügyfeleinek biztosítási titoknak minősülő adatait. A biztosítási titok kezelésére vonatkozó rendelkezéseket a Bit. 135-146. §-ai tartalmazzák, amely szövege elérhető a Magyarország Kormánya által megha-

tározott, elektronikus közszolgáltatásként működő, bárki számára térítésmentesen hozzáférhető honlapon (jelenleg: <http://njt.hu/>).

88. Az Ön mint Érintett jogai

Fontos számunkra, hogy Ön tisztában legyen az adatvédelem által biztosított Érintetti jogaival. Ennek érdekében az alábbiakban a teljesség igénye nélkül felsoroljuk, hogy milyen adatvédelmi jogokkal élhet a ránk bízott adataival kapcsolatban.

88.1. Az Érintett hozzáférési joga

Elérhetőségeinken bármikor jogosult arra, hogy megfelelő tájékoztatást kapjon arról, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, és ha igen, akkor Ön jogosult arra, hogy hozzáférjen az általunk tárolt személyes adataihoz, és azokról másolatot kérhet, illetve tájékoztatást kérhet arról, hogy miként kezeljük személyes adatait.

88.2. A helyesbítéshez való jog

Ön jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító indokolatlan késedelem nélkül helyesbítse, javítsa a pontatlan adatokat, illetve a hiányos adatok kiegészítését kérje.

88.3. A törléshez való jog („az elfeledtetéshez való jog”)

Ön kérheti, hogy indokolatlan késedelem nélkül töröljük bizonyos általunk tárolt személyes adatait, amennyiben:

- a) A továbbiakban már nincs szükségünk az adott adatokra;
- b) Ön visszavonja a bizonyos adatok kezelésére adott hozzájárulását;
- c) Ön tiltakozik a személyes adatok kezelése ellen;
- d) Ha jogszabály alapján előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell;
- e) Aggodalma merül fel az adatai általunk történő adatkezelésének jogalapja tekintetében.

88.4. Az adatkezelés korlátozásához való jog

- a) Amennyiben kérdése vagy aggodalma merül fel személyes adatai általunk történő kezelésének pontosságával, indokoltságával vagy jogszerűségével kapcsolatban, kérheti bizonyos adatkezelési tevékenységeink korlátozását. A korlátozást akkor is kérheti, ha nekünk már nincs szükségünk az Ön adataira, de Ön, mint Érintett igényli valamely jogi igényének előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez. Ön abban az esetben is kérheti a korlátozást, ha kétségbe vonja a jogos érdek alapján történő adatkezelés jogalapját.
- b) A korlátozás ideje alatt adatkezelési műveletek nem végezhetők, csak tárolni lehet az adatokat. A korlátozás feloldásáról a Biztosító előzetesen tájékoztatja majd.

88.5. Az adathordozhatósághoz való jog

Ön bármikor kérheti, hogy a Biztosító a hozzájárulása alapján, vagy szerződéses jogalapon kezelt személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban bocsássa rendelkezésére. Ön továbbá jogosult arra, hogy ezeket az adatokat egy másik adatkezelőnek továbbítsa anélkül, hogy ezt akadályozná a Biztosító.

Amennyiben az egyébként technikailag megvalósítható, a Biztosító az Ön kérésére a személyes adatokat közvetlenül továbbítja.

88.6. A hozzájárulás visszavonásához való jog

a) Amennyiben Ön hozzájárult a személyes adatainak használatához, kezeléséhez vagy megosztásához, a hozzájárulását bármikor visszavonhatja, amennyiben nem a szolgáltatás nyújtásához szükséges adatokról van szó.

b) Ha a személyes adatok kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, Ön jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon a rá vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is, amennyiben az a közvetlen üzletszerzéshez kapcsolódik. Ha az Érintett tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők. Ön a direkt marketing megkeresésekhez adott hozzájárulását a fenti postai levelezési címre, vagy a lemondom@uniqa.hu email címre küldött levelével bármikor visszavonhatja. A visszavonó nyilatkozatban kérjük, tüntesse fel nevét és partnerkódját.

88.7. Jogorvoslati jog

a) Ha Ön úgy ítéli meg, hogy a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok szerinti jogait megsértették, jogában áll a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál panaszt benyújtani. **A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei:**

Honlap: <http://naih.hu/>; Cím: 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c; Postacím: 1530 Budapest, Pf.: 5.; Telefon:+36-1-391-1400; Fax: +36-1-391-1410; E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu

b) A jogellenes adatkezelés esetén polgári pert indíthat a Biztosító ellen. A per az Ön választása szerint a lakóhelye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

89. Biztosító elérhetősége adatkezelési ügyekben

A fenti jogait az adatvedelem@uniqa.hu email címre vagy az **UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.** postai levelezési címre küldött levelében gyakorolhatja.

90. A jelen tájékoztató egyoldalú módosításának lehetősége

A Biztosító jogosult a fenti „Adatkezelés, Adatvédelem” című pontban szabályozott rendelkezéseket egyoldalúan módosítani. A módosításról a Biztosító az Érintettet legkésőbb a hatálybalépés napját megelőző munkanapon, az **Ügyfélszolgálatán kifüggesztett módosított dokumentumok útján értesíti és a módosított rendelkezéseket a honlapján is közzéteszi.** Az Érintett a módosítás tartalmáról a **függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódhat.**

91. A Biztosító az Érintett következő személyes adatait, az itt meghatározott célból, jogalapon, és időtartamban kezeli:

Adatkezelés megnevezése és célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
Direkt marketing tárgyú megkeresések közlése.	GDPR 6. cikk (1) a) – az Érintett hozzájárulása.	Az Érintett neve, postai levelezési címe, email címe, telefonszáma.	Az adatkezeléshez való hozzájárulás visszavonásáig.
A még nem véglegesített ajánlattal kapcsolatos adatkezelés. Az adatkezelés célja a szerződéskötési folyamat lezárása és a szerződés megkötése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötéséhez és teljesítéséhez szükséges adatkezelés.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. A biztosítási szerződés teljesítése szempontjából releváns egészségügyi kockázatok megállapítását szolgáló, a Biztosított által átadott, vagy a Biztosított felhatalmazása alapján harmadik személytől beszerzett egészségügyi adatok. A Biztosító kizárólag a biztosítási szerződés teljesítéséhez feltétlenül szükséges, a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat kezeli („Egészségügyi adatkezelés”).	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt. Amennyiben nem jön létre a biztosítási szerződés, akkor az ajánlati dokumentáció kitöltésének kezdő időpontjától számított 90 napig kezeli az adatokat a Biztosító.
A biztosítási kockázatok felmérése.			A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt.
A biztosítási szerződésre vonatkozó ajánlat elutasítása.			
A FATCA szabályozásban meghatározott kötelezettségek (pl.: adattovábbítás) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a FATCA szabályozás, így többek között a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény keletkezteti.		
A CRS szabályozásban meghatározott kötelezettségek (pl. adóilletőség megállapítása) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a CRS szabályozás, így többek között a pénzügyi számlákkal kapcsolatos információk automatikus cseréjéről szóló, illetékes hatóságok közötti többoldalú Megállapodás kihirdetéséről szóló 2015. évi CX. törvény, valamint az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazdasági együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény keletkezteti.		A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
A Biztosító pénzmossá megelőzésével kapcsolatos kötelezettségei (pl. az ügyfél-átvilágítási intézkedések) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási jogviszony, valamint a pénzmossá és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény keletkezteti.		
A Biztosító szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos kötelezettségeinek (pl. kifizetés teljesítése) elvégzése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási jogviszony, valamint az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény keletkezteti.	Az Érintett adóazonosító jele.	
A biztosítási szerződés megkötése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötéséhez és teljesítéséhez szükséges adatkezelés.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. Amennyiben az adott adatkezelési cél teljesítése érdekében szükséges, Egészségügyi adatkezelés.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt.
A biztosítási szerződés módosítása.			
A biztosítási szerződés állományban tartása.			
A biztosítási szolgáltatási igény elbírálása.			
A biztosítási szerződés teljesítése, ideértve a biztosítási szolgáltatás teljesítését is.			
Az Érintett biztosítási szerződésből származó követeléseinek megítélése.			
A biztosítási szerződésből származó jogi igényekkel szembeni védekezés előterjesztése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá az adott jogterületre vonatkozó ágazati jogszabály keletkezteti.		A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
A Biztosító biztosítási szerződésből eredő igényeinek érvényesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., továbbá a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény keletkezteti.		
A biztosítási szerződéses jogviszonnyal kapcsolatos bírósági, hatósági megkeresések megválaszolása.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá az adott jogterületre vonatkozó ágazati jogszabály keletkezteti.		
A biztosítási szerződés megszüntetése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötéséhez és teljesítéséhez szükséges adatkezelés.		
Számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosító számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó, a Számvitelről szóló 2000. évi C. törvény („Számvtv.”) 169. § szerinti jogi kötelezettsége.	A számviteli bizonylatokon szereplő személyes adatok.	A Számvtv. 169. § szerinti 8 évig.

A személyes adatok kezelésére adott hozzájárulást az Érintett bármikor visszavonhatja. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

Az Érintett Egészségügyi adatkezelésének jogalapja az Érintett írásbeli hozzájárulása.

A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE

92. 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

93. Az Ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt: Ügyfél) az UNIQA Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) továbbá az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy *magatartására, tevékenységére vagy mulasztására* vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- a) **személyesen írásban vagy szóban** a biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben munkanapokon hétfőtől szerdáig 8–17 óráig, csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8–20 óráig, péntekenként 8–16 óráig,
- b) **elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
- c) **telefonon** (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámokon: +36-1/20/30/70/544-5555) munkanapokon hétfőtől szerdáig 8–17 óráig, csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8–20 óráig, péntekenként 8–16 óráig,
- d) **telefax útján** (az alábbi telefax számon: +36-1-238-6060),
- e) **levélben** (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a *Panaszkezelés* megnevezést is. A **panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat]** a www.uniqa.hu honlapunkon **nyújtunk tájékoztatást**, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

Amennyiben az eljáró biztosításközvetítő függő biztosításközvetítő többes ügynök, vagy független biztosításközvetítő alkusz, úgy ezek magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát a biztosításközvetítőnél terjesztheti elő.

Jogorvoslati fórumok:

I. A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén a **fogyasztónak minősülő Ügyfél** az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat, amennyiben a panasz a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos:

- a) a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (továbbiakban: PBT, székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172, telefon: +36-80-203-776,

internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) vagy

- b) amennyiben az elutasított panasz a Magyar Nemzeti Bankról (a továbbiakban: MNB) szóló 2013. évi CXXXIX. törvényben (MNB tv.) meghatározott *fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására (a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására)* irányul, úgy az Ügyfél az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának** (székhely: 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest, telefon: 06-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/fogyasztovedelem, e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu) **fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti,
- c) a Polgári Perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

*Amennyiben a panasz elszámolással vagy szerződésmódosulással kapcsolatos az Ügyfél a **Pénzügyi Békéltető Testülethez** (székhely: MNB 1054 Budapest, Szabadság tér 9., levelezési cím: **1539 Budapest Pf.: 670.**, telefon: +36-80-203-776, internetes elérhetőség: www.mnb.hu/bekeltetes, e-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu) fordulhat.*

A PBT és az MNB eljárás megindításának egyaránt feltétele az, hogy az Ügyfél a(z) MNB tv. rendelkezései értelmében fogyasztónak minősüljön, továbbá a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a biztosítóval közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy. A panaszkezelés szempontjából **nem minősül fogyasztónak** pl. a gazdasági társaság, a szövetkezet, a társasház, az ügyvédi iroda, vagy bármely más jogi személyiséggel rendelkező szervezet, továbbá a biztosításközvetítő, illetve a biztosító vagy biztosításközvetítő alkalmazásában álló/képviseletében eljáró személy.

A fogyasztónak minősülő ügyfél a Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány megküldését igényelheti a Biztosítótól. A nyomtatványt a Biztosító igazolható módon, költségmentesen az ügyfél kérésének megfelelően e-mailen vagy postai úton haladéktalanul megküldeni köteles. A Biztosító a nyomtatványokat elérhetővé teszi a honlapján és az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségekben is.

II. Amennyiben az **Ügyfél az MNB tv. rendelkezései értelmében nem minősül fogyasztónak**, a biztosító panaszt elutasító döntésével szemben a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező **bíróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást.**

A Biztosító Felügyeleti szerve:

Magyar Nemzeti Bank

Székhelye: 1054 Budapest, Szabadság tér 9.;

Ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.

Levélcím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest

Internetes elérhetőség: www.mnb.hu

E-mail: ugyfelszolgalat@mnb.hu

Ügyfélszolgálati telefonszám: 36-80-203-776

Online vitarendezési platform:

Tájékoztatjuk ügyfeinket, hogy az Európai Bizottság létrehozott egy online vitarendezési platformot, amely az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező fogyasztók (azok a természetes személyek, akik nem kereskedelmi, üzleti, hivatásbeli vagy szakmai célból járnak el) és az Európai Unióban letelepedett szolgáltatók közötti, **online szolgáltatási szerződésekből** eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online megkötött szerződésekkel összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásen kívüli rendezésére irányul. A platform nem alkalmazható olyan vitákra, amelyek a nem internetes (off-line) úton létrejött szerződésekre vonatkoznak, illetve nem fogyasztó részéről merülnek fel.

A fogyasztó az online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásen kívüli rendezését a Pénzügyi Békéltető Testületnél: <http://ec.europa.eu/odr>.

Amennyiben Ön az online vitarendezési platformon keresztül kíván bejelentést tenni, kérjük, hogy az alábbi email címet adja meg társaságunk elérhetőségéknél: onlinevitarendezes@uniqa.hu. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy jelen email cím kizárólag az online vitarendezéshez használható.

A platform felhasználói útmutatói itt érhetőek el: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/userguide/>.

Med Help III. 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**,
- ha a biztosítottnak gyermeke **születik**,
- a biztosított **kiemelt kockázatú betegsége**,
- a biztosított **égési sérülése**,
- **össajt levétele**.

A biztosítási események meghatározását a 2–9. pontok tartalmazzák.

A Szerződő és Biztosított a Med Help III. betegségbiztosítás **biztosítási ajánlatán jelöli meg, hogy mely biztosítási események és ezekhez tartozó biztosítási szolgáltatások (továbbiakban együtt: szolgáltatási csomag) vonatkoznak a Biztosítotttra**. A választható szolgáltatási csomagokat a biztosítási szerződés elválaszthatatlan részét képező **3. számú Függelék** tartalmazza.

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 műtéti lista a biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a biztosító honlapján tekinthető meg, melyet – kérésre – a biztosító írásban is a szerződő rendelkezésére bocsát.

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

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

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

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

- a) a járóbeteg gyógykezelés (ÁBeF 37. pont) keretében elvégezhető, illetve a kórházi fekvőbeteg gyógykezelést nem igénylő, vagy diagnosztikus céllal végzett beavatkozások;
- b) a csőtükrözéssel végzett műtéti és terápiás eljárások (így különösen: arthroscopos shaving, arthroscopos menisectomy, arthroscopos plica bementés, arthroscopos synovectomy, arthroscopos ízületi test eltávolítás, arthroscopos Pridie felfúrás, arthroscopos microfracturing, arthroscopos műtét mini arthrotomiával kiegészítve);
- c) a bőrelváltozások (pl. anyajegyek, zsírcsomók, szemölcsök, jégárpák, ciszták, keloid lipómák, fibrómák, hemangiómák stb.) és bőrdaganatok eltávolításai.
- d) a kézen a csuklótól dystalisan elhelyezkedő szenzoros idegek varratai.

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 laboratóriumi lelettel alátámasztott, 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 csontrepedések és a fogtörések.

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

tében a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül van.

6. **GYERMEK SZÜLETÉSE:** A biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte utáni gyermeke születik. Az ikerszülés egy szülésnek számít.
7. **KIEMELT KOCKÁZATÚ BETEGSÉGEK:** jelen feltételek keretében biztosítási esemény – a szerződő által választott csomag tartalmától függően – a biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező, a jelen kiegészítő biztosítás 2. számú *Függelékében* meghatározott kiemelt kockázatú betegségben történő megbetegedése vagy ugyanott meghatározott műtét elvégzése.
A biztosítási események bekövetkezésének – biztosítási eseményenként eltérő – időpontját ugyancsak az 2. számú *Függelék* tartalmazza.
8. **ÉGÉSI SÉRÜLÉS:** jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű baleset, amely a biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és melynek következtében a *biztosított égési sérülést* szenved.
9. **ŐSSEJT-LEVÉTEL:** a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte után született gyermeke születésekor, a gyermek köldökzsinórvéréből történő, úgynevezett embrionális őssejt levétele.

A BIZTOSÍTÁS TARTAMA

10. 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 biztosítás lejáratára vonatkozóan a biztosítási ajánlaton megjelölt választása szerint – a 65. vagy a 70. életévét betölti.

TERÜLETI HATÁLY

11. A biztosító kockázatviselése a 2–3. és 9. pontokban szereplő biztosítási események vonatkozásában az Európai Unió tagállamaira, az 4–8. pontokban szereplő biztosítási események tekintetében az egész világra terjed ki.

A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

12. A biztosító a 2–9. pontokban szereplő biztosítási események bekövetkezése esetén az adott biztosítási eseményhez tartozó **biztosítási összeget** fizeti ki az alábbi 13–20. pontok szerint.

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

12.2 Az első biztosítási időszakot követően érvényes **aktuális biztosítási összegek** a vállalt értékkövetéseknek (23–24. pont) megfelelően alakulnak.

13. Műtét:

13.1 **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 (14.1 pont) 7 napra számított értéke;

– 2. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének (14.1 pont) 14 napra számított értéke;

– 3. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének (14.1 pont) 28 napra számított értéke.

13.2 **Baleseti eredetű műtét** (2.1 pont) esetén a 13.1 a) és b) pontban írt szolgáltatások helyett azok kétszerese kerül kifizetésre.

13.3 **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 13.1–13.2 pontokban írt szolgáltatások helyett a 13.1 a) és b) pontban írt szolgáltatások négyszerese kerül kifizetésre, **kivéve, ha a biztosított életvitelszerűen tartózkodik külföldön.**

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.

14. Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés:

14.1 **Nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén a szerződésben meghatározott **napi térítési összeg** annyszorosa kerül kifizetésre, ahány napig a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés tartott (3.3 pont).

14.2 **Baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés** esetén (3.4 pont) a 14.1. pontban írt szolgáltatás helyett annak **kétszerese** kerül kifizetésre.

14.3 **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 14.1–14.2 pontokban írt szolgáltatások helyett a 14.1 pontban írt szolgáltatás **négyszerese** kerül kifizetésre, **kivéve, ha a biztosított életvitelszerűen tartózkodik külföldön.**

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

Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén annak indokoltságát a biztosító **28 naponként felülvizsgál-**

hatja. A felülvizsgálatot követően a napi térítési összeg további folyósításáról a biztosító az indokoltságtól függően dönt.

15. **Csonttörés:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre. Az egy eseményből fakadó többszörös vagy több csontot érintő csonttörések is egy biztosítási eseménynek minősülnek.
16. **70%-os, össz-szervezeti egészségkárosodás:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.
17. **Gyermek születése:** a szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre, amennyiben a gyermek születése a kockázatviselés kezdetét követő 1 év eltelte után történik.
18. **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. pontban meghatározott betegcsoport valamelyikébe tartozó kiemelt kockázatú betegség esetében csak akkor nyújt szolgáltatást, ha ugyanabba a csoportba tartozó kiemelt kockázatú betegségre még nem történt kifizetés.
19. **Égési sérülés:** a szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke kerül térítésre. Az égési sérülés fokának és kiterjedtségének meghatározásakor a mindenkori felelős egészségügyi szakhatóság – a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes – szakmai protokollja irányadó.
A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől függően a biztosítási összegnek az alábbi táblázat szerinti százaléka:

Mélység	Testfelület		
	0–20%	21–60%	61–100%
I. fokú	–	25%	50%
II/1 fokú	–	25%	50%
II/2 fokú	50%	100%	200%
III. fokú	100%	200%	200%

Ha a biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés figyelembevételével állapítja meg. A térítés mértéke légúti égési sérülés esetén a biztosítási összeg kétszerese.

A biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezése esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.

20. **Őssejt-levétel:** a 9. pont szerinti beavatkozás esetén a biztosító megtéríti az őssejt-levétel számlával igazolt költségét a szerződésben meghatározott limit erejéig.

21. **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 ki fizetésre került, és később érvényesítenek a kifizetést megelőző biztosítási időszakban bekövetkezett eseményből eredő szolgáltatási igényt, a szolgáltatási összegből a kifizetett bónusz összegét a biztosító levonja.

22. **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

23. A biztosító a biztosítás értékének megőrzése érdekében lehetővé teheti a biztosítási összeg és ezzel együtt a biztosítás díj biztosításmatematikai szempontok által meghatározott – nem arányos – évenkénti emelését az ÁBeF 57–63. pontjaiban meghatározottak szerint.
24. 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

25. A biztosítási események köréből az ÁBeF 77–82. pontjaiban meghatározottakon túl **kizárásra** kerülnek
- 25.1 a biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével, valamint terhesség-megszakításával kapcsolatos események;
- 25.2 a biztosított olyan betegségei vagy kóros állapotai, amelyek a kockázatviselés kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennálltak, vagy amelyeket a kockázatviselést megelőzően kórisméztek, vagy amelyek gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényeltek;
- 25.3 a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelések köréből azok az események, amelyek
- a) a gyermek 1 éves kora előtt diagnosztizált betegségekkel,
- b) a gyermeknek a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegségekkel kapcsolatosak.
26. A biztosító a balesetek, illetve a baleseti eredetű események köréből kizárja: az ÁBeF 83. pontjában szereplőkön túl a húzódásokat.

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

A biztosító által nem térített műtétek kivonatos tájékoztatója

0. CSOPORT

- | | |
|--|--|
| 1. Gyomortükrözés (gastroszkopia) | 11. Szívkatéterezés |
| 2. Hasüreg tükrözése (laparoscopia) | 12. Biopszia a garat alsó vagy felső szakaszából |
| 3. Mellüreg tükrözése (thoracoskopia) | 13. Gerinccsapolás |
| 4. Nyelőcső tükrözése (oesophagoszkopia) | 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. Arccsont-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 tágitása
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

A kiemelt kockázatú betegségekhez kapcsolódó biztosítási események meghatározása

A Med Help III. betegségbiztosítás kizárólag a jelen Függelékben meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő betegségek bekövetkezésére nyújt fedezetet.

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

Jelen kiegészítő feltételek szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek:

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

2. **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 maradandó szervi, idegrendszeri károsodása (úgynevezett göctünet) alakul ki, azaz a károsodást jelző fizikális tünetek az érkatasztrófa fellépését követő 60 nap után is egyértelműen kimutathatók.

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

– Jelen kiegészítő 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.

– Jelen feltételek szempontjából nem minősül szívizomelhalásnak a korai beavatkozást követően vagy spontán Q-hullám nélkül gyógyuló betegség (non-Q infarktus).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

A biztosítási esemény időpontja az első dialízistől számított 60. nap.

5. **Aorta műtét:** olyan mellkasi vagy hasi műtétet jelent, mely az aorta aneurysmája, szűkülete, elzáródása vagy disszekciója miatt történt. Az aorta a mellkasi és a hasi aortát jelenti, mely nem foglalja magába annak ágait.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intraarterialis technikákra (pl.: perkután endovascularis aneurysma műtét).

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

6. **Cardiomyopathia:** a szívizomzat szerkezeti és funkcionális károsodása. A diagnózist kardiológus vagy belgyógyász szakorvos állítja fel tartós balkamra-károsodás esetén írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melynél az ejekciós frakció (EF) 25%-nál kisebb és – megfelelően beállított, stabilizált kezelés mellett – legalább 6 hónapon keresztül olyan súlyos fizikális aktivitási korlátot jelent, mely megfelel a IV. stádiumú New York Heart-beosztásnak.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló szívizomzat-károsodásra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

7. **Elsődleges kisvérköri hipertónia:** Az elsődleges pulmonáris hipertónia diagnosztizálásának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.

– Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;

– Az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat ($RV1 + SV5 > 1.05$ mV);

– Nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;

– Szívultrahang jobb kamra tágulatot mutat ($d > 30$ mm).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

8. **Koszorúér áthidalási (by-pass) műtét:** nyitott mellkásban végzett olyan operáció, amely egy vagy több koszorúér szűkületének, illetve elzáródásának megszüntetésére irányul a korábban angina pectoris tüneteit mutató betegnél.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

9. **Szívbillentyű műtét:** nyitott mellkasi szívűműtét, melynek célja a kóros szívbillentyű(k) kicserélése, illetve korrekciója. A műtét orvosi szükségességét kardiológusnak, illetve szív-érsebésznek kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az intravénás droghasználat mellett kialakult szívbillentyűkárosodás miatt szükségessé váló műtétekre.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

10. **Alzheimer-kór:** a memória és az intellektuális funkciók állandó és folyamatos leépülése, melyet a standardizált kérdőívek, illetve agyi vizsgálatok igazolnak. Az Alzheimer-kór diagnózisát neurológus vagy pszichiáter szakorvos állítja fel, írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában Alzheimer-kórnak minősül a Biztosított mentális, ideg- rendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközait felcsatolja, illetve levegye;
- Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
- Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a nem szervi eredetű megbetegedésekre, neurózisokra, pszichiátriai betegségekre, agyi keringési zavarra és alkoholfogyasztással összefüggésben kialakult agyi károsodásokra.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

11. **Creutzfeldt-Jakob kór:** olyan gyógyíthatatlan agyi fertőzéses megbetegedés, mely a mozgást, illetve a mentális tevékenységet gyorsan károsítja. Ideggyógyász szakorvos a kórismét objektív idegrendszeri tünetek, súlyos, romló demencia és EEG alapján állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

12. **Kóma:** olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel:

a) külső vagy belső ingerekre nem reagál és státusza a Glasgow Kóma Skála szerint nem haladja meg a 4-es értéket,

b) legalább 30 napon keresztül fennáll,

c) a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gyógyszer által kiváltott kómára, illetve alkohol vagy drog használatával kapcsolatban kialakult kómára, illetve tudatzavarra (túlada-golás, megvonás).

A biztosítási esemény időpontja a kóma első megállapításától számított 30. nap.

13. **Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás:** A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben a jelen pont második bekezdésében meghatározott feltétel fennáll, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muskuláris atrofia, progresszív bulbáris bénulás, amiotrófiás laterálsklerózis vagy primer laterálsklerózis. A kortikospinális pályák, vagy az elülső sarv sejtek, vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív károsodásának fennállása szükséges. Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

14. **Paralízis:** Két vagy több végtag működőképességének teljes (100%-os) és végleges elvesztése baleset vagy betegség következtében, amennyiben sem akaratlagos, sem akarattól független mozgás nem észlelhető. A bénulásnak egyértelmű idegrendszeri okának kell lennie. Az ideggyógyász szakorvosnak írásban, szakorvosi leletbe foglalva nyilatkoznia kell arról, hogy a bénulás legalább 3 hónapja tart, végleges, javulásra nincs esély.

A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában végtagnak minősül:

- A teljes alsó végtag, mely magába foglalja a csípő-, térd-, boka- és lábízületeket.
- A teljes felső végtag, mely magába foglalja a váll-, könyök-, csukló- és kézizületeket.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy oltási szövődeményként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.

A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.

15. **Parkinson kór:** egy progresszív neurológiai betegség, mely a motoros és nem motoros funkciók károsodását jelenti. Diagnózisát neurológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában Parkinson-kórnak minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére. A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:

- a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;
- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használatával a személyes higiénié céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a Parkinson-szindrómára, drog vagy toxikus anyag okozta parkinsonizmusra.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 16. Sclerosis multiplex:** a központi idegrendszer fehérállományának göccos pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideggyulladás, érzékszavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki. A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az ideggyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetzeti kép alapján írásban, szakorvosi leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium együttes meglétét igazolja:
- a) a mozgató és az érző idegek állandó funkcionális károsodását, mely folyamatosan legalább 6 hónapja tart, és
- b) az alábbi vizsgálatok támasztják alá: lumbálpunkció, látás, illetve hallás – egyensúly kóros elváltozásai és az MRI által igazolt központi idegrendszeri károsodások.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 17. Szervátültetés:** külső donortól származó vese, csontvelő, máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a biztosított testébe.
- A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.
- 18. Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS):** olyan, egész szervezetet érintő kötőszöveti betegség, mely progresszív, átható (diffúz) kötőszöveti átépüléssel jár a bőrben, az érfalakban, és a zsigeri szervekben. A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva. A diagnózis felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérlet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:
- a) Lokális scleroderma (morphea)
- b) Eosinophil fasciitis
- c) CREST-szindróma
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 19. Végső állapotú májelégtelenség:** a májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünet együttes fennállását okozza:
- a) tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték > 200 $\mu\text{mol/l}$ legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként),
- b) ascites (hasvízkór) 1000 ml felett,
- c) máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májelégtelenségre.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 20. Végső stádiumú tüdőbetegség:** Végső stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség megállapításának feltételei a következők:
- a) FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközönként mérve, minden alkalommal, és;
- b) folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére, és;
- c) az ütőérvég-gáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb, és
- d) nyugalmi légszomj áll fenn.
- A végleges diagnózist tüdőgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 21. A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás):** a Poliomyelitis diagnózisát az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.
- Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
- A végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.
- A biztosítási esemény időpontja a bénulás első diagnosztizálásától számított harmadik hónap utolsó napja.
- 22. Agyvelőgyulladás:** az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladást okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladásra.
- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
- 23. Aplasztikus anaemia:** egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent. A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva. Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 3 hónapja fennálló és legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőtől legalább kettő fennáll:
- a) Az abszolút fehérvérsejt szám kevesebb, mint $500/\text{mm}^3$
- b) A vérlemezkék száma kevesebb, mint $20\,000/\text{mm}^3$
- c) A reticulocyták száma kevesebb, mint $20\,000/\text{mm}^3$
- A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időszakos vagy reverzibilis aplasztikus anaemiára.

- A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
24. **Bakteriális agyhártyagyulladás:** bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladással járó folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincspinalis folyadékvizsgálattal, azaz a gerincvelő folyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani. A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladásra. A biztosítási esemény időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.
25. **Harmadfokú égés:** A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás. A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testterképpel dokumentálva. A biztosítási esemény időpontja a harmadfokú égés bekövetkezésének időpontja.
26. **Heveny, súlyos májgyulladás:** A heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások is okozhatnak. Jelen Különös Feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása:
– Hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2 > 1000 U/l),
– Súlyos sárgaság (összbilirubin > 200 umol/l).
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májkárosodásra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
27. **Jóindulatú agydaganat:** az agyban található, életveszélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6 hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározásához a következőket foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség. A biztosítás nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyságra, fáradékonyosságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agyalapi mirigy daganata. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.
28. **Némaság:** a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A diagnózist neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva, igazolni a gégeműködés képtelenségét, valamint azt, hogy a beszédképesség elvesztése több mint 6 hónapja tart. A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra. A biztosítási esemény időpontja a némaság első diagnosztizálásának időpontja.
29. **Siketség:** mindkét oldali fül hallásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie, melyet az audiometria és a hallásküszöb-vizsgálat alátámaszt. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában süketnek minősül az, akinek hallásküszöb-értéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB felett van. A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre. A biztosítási esemény időpontja a siketség első diagnosztizálásának időpontja.
30. **Súlyos fejsérülés:** az olyan baleseti eredetű koponyasérülés, mely az agyi funkciók károsodásával jár. Ezt ideggyógyász szakorvos állapítja meg írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melyet MRI- és/vagy CT-vizsgálatok eredményével támaszt alá. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos fejsérülésnek minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére. A jelen kiegészítő feltételek szempontjából a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek az alábbiak:
a) Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
b) Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;
c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használata a személyes higiéné céljából;
e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.
A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a gerincvelősérülésre, illetve olyan agyi funkciózavarra, melyet nem baleset okozott. A biztosítási esemény időpontja a súlyos fejsérülés bekövetkezésének időpontja.
31. **Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség:** a Crohn-betegség a gyulladással járó bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladással jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos Crohn-

betegségnek minősül az olyan, biopsziával (szövettenál) igazolt Crohn-betegség, amely legalább két műtéti beavatkozást tesz szükségessé (a végbélsipoly műtétjének kivételével). A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

A biztosítási esemény időpontja a második műtét végrehajtásának időpontja.

32. Súlyos, vastagbél-eltávolítással kezelt colitis ulcerosa:

a colitis ulcerosa a gyulladással járó bélbetegségek egyik fajtája, ami az emésztőrendszer, általában a vastagbél és a végbél nyálkahártya felületes rétegeit, és jellegzetesen a bélszakasz összefüggő területeit érintő krónikus gyulladással jár, jellegzetesen hasi fájdalom és hasmenés kíséri. A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos colitis ulcerosának minősül az olyan, biopsziával (szövettenál) igazolt colitis ulcerosa, amely a vastagbél teljes vagy részleges műtéti eltávolításával jár (totalis vagy subtotalis colectomia).

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

33. Szisztémás lupus erythematosus (SLE): a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózisát reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:

- típusos bőrjelenségek (pillangószárny erythema, discoid bőrkiütés),
- sokizületi gyulladás,
- serositis,
- SLE által kiváltott vérképzőszervi és immunológiai káros elváltozások,
- pozitív antinukleáris antitest kimutatása vérvizsgálat során,
- központi idegrendszeri károsodás,
- vesekárosodás.

A vesekárosodás megállapításának jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele a tartós fehérjevizelés fennállása napi 0,5 gramm feletti vizeletfehérje-ürítés esetén.

A központi idegrendszer tartós károsodása megállapításának jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában feltétele az idegrendszeri fizikális vizsgálat alapján, ideggyógyász szakorvos által írásban, szakorvosi lelet formájában igazolt objektív mozgató vagy érző idegkárosodás, mely legalább 3 hónapja fennáll. Görcsrohamok, fejfájások, kognitív (tudati) és pszichiátriai eltérések nem tekintendők a központi idegrendszer tartós károsodásának.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a discoid lupusra. A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

34. Vakság: mindkét szem látásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist szemész vagy neurológus szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában vaknak minősül az, akinek

- látóélessége megfelelő korrekcióval mindkét szemén legfeljebb 5/70, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat, vagy az egyik szemén legfeljebb 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik,
- akinek közeli látásélessége rövidlátás esetén Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy
- akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szürkehályog okozta látáskárosodásra.

A biztosítási esemény időpontja a vakság első diagnosztizálásának időpontja.

35. Végtag elvesztés: egy végtag végleges elvesztése, balesetből vagy betegségből kifolyólag, boka, illetve csukló feletti magasságban elszennvedve.

A jelen kiegészítő biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

Med Help III. 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
Kiemelt kockázatú betegségek (a 2. számú Függelékben felsorolt 1–4. betegség) – Rosszindulatú daganatos betegség – Agyi érkatasztrófa – Szívizomelhalás (szívinfarktus) – Krónikus veseelégtelenség	–	500 000 Ft	–	–
Kiemelt kockázatú betegségek (a 2. számú Függelékben felsorolt mind a 35 betegség)	–	–	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft
70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás	250 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 500 000 Ft
Csonttörés	10 000 Ft	15 000 Ft	25 000 Ft	50 000 Ft
Égés	100 000 Ft	200 000 Ft	500 000 Ft	2 000 000 Ft
Gyermek születése	50 000 Ft	75 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft
Őssejt-levétel	–	–	–	100 000 Ft

Érvényes 2018. július 20-tól

Tájékoztató az orvosi asszisztencia szolgáltatásról

Telefonon és online elérhető szolgáltatások:

- 24 órás orvosi call center és telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 4611525
- Nemzetközi második orvosi vélemény
- Adaptív weboldal, mely PC-n, okos telefonon és tableten egyaránt elérhető: www.mh24.hu
- Elérhető funkciók:
 - o orvosi tanácsadás általános orvosi, nőgyógyászati és gyermekgyógyászati kérdésekben
 - o online egészségfelmérés és hozzá kapcsolódó orvosi tanácsadás
 - o diétás tanácsadás
 - o egészségügyi szolgáltató kereső
 - o szakorvosi ellátás és diagnosztikai vizsgálatok megszervezése
 - o egyéni szűrési terv összeállítása és szűrővizsgálatok megszervezése
 - o szolgáltatói díjkezdvezmények korlátlan igénybevétele

A fenti szolgáltatások igénybevételekor orvos-beteg találkozóra nem kerül sor.

Díjkezdvezmény az egészségügyi szolgáltatóknál

- folyamatosan bővülő egyedi díjkezdvezmény a biztosítottak számára
- a kezdvezmény mértéke: 5–20%
- a díjkezdvezményre való jogosultság kupon kinyomtatásával vagy letöltésével igazolható
- a díjkezdvezmény igénybevétele nem kötött ellátásszervezéshez, akár a biztosított is foglalhat magának időpontot a kiválasztott szolgáltatónál
- a díjkezdvezmény igénybevétele korlátlan számban lehetséges

Az Orvosi asszisztencia szolgáltatás igénybevételenek menete:

Hívja a +36 1 4611525 telefonszámot, ahol munkatársaink készséggel állnak rendelkezésére vagy keresse fel weboldalunkat a www.mh24.hu címen, ahova az ajánlaton megadott e-mail címével tud belépni és ügyeit online tudja intézni.

Együttműködő szolgáltató partnerünk az Advance Medical Kft.

