

Csoportos
egészségbiztosítás

Med 4 Group 2.0



Együtt az egészség
megőrzéséért.

Tisztelt Ügyfelünk!

Kérjük, hogy biztosítási **Ajánlatának megtétele előtt figyelmesen olvassa el a Biztosítási termékismertetőt**, és a biztosítási termék részletes leírását tartalmazó jelen **Biztosítási Feltételeket**, amely a legfontosabb elemeket kiemelő **Ügyféltájékoztatót** is tartalmazza.

A biztosítási termék neve:

Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás

A termék az Ajánlaton szereplő 4 csomagban, illetve a Szerződő igénye szerint összeválogatott fedezetekkel is elérhető.

A biztosítási szerződés (továbbiakban: „Szerződés”) az alábbi – egymástól elválaszthatatlan – részekből áll:

1. Biztosítási termékismertető
2. Biztosítási Feltételek:
 - A) Ügyféltájékoztató
 - B) Általános Rendelkezések
 - C) Általános Szerződési Feltételek (továbbiakban: „**ÁSZF**”);
 - D) Különös Szerződési Feltételek (továbbiakban: „**KSZF**”),
3. Ajánlati dokumentáció (tartalma: Ajánlat, Biztosítási csomag(ok), Szerződő nyilatkozata, és esetleges Záradék)
4. Biztosított nyilatkozatok
5. Kötvény

A Szerződés tartalmazza a biztosítási esemény(ek)et és a biztosítási szolgáltatás(ok)at is, amelyekről a Biztosított a Szerződőtől kap részletes tájékoztatást.

Az alábbi leírásban a szöveg olvashatóságának javítása érdekében egyes részleteket a BIZTOSÍTÁSI FELTÉTELEK végén található külön fejezetbe („RÉSZLETES KIFEJTÉSEK”) csoportosítottunk. Ezeket a szövegben szögletes zárójelek közé zárt számhivatkozással jelöltük („[.]”), amelyekhez tartozó részletes leírások a külön fejezetben találhatóak.

Ügyféltájékoztató

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

A) Ügyféltájékoztató

A.1. BIZTOSÍTÓ

A biztosító az **UNIQA Biztosító Zrt.** [1] (továbbiakban: „**Biztosító**”)

A.2. FELÜGYELETI SZERV

A Biztosító felügyeleti szerve: a **Magyar Nemzeti Bank** [2]
(továbbiakban: „**MNB**”)

A.3. JELENTÉS A BIZTOSÍTÓ FIZETŐKÉPESSÉGÉRŐL ÉS PÉNZÜGYI HELYZETÉRŐL

A Biztosító köteles évente a jelentését közzétenni fizetőképtelenségéről és a pénzügyi helyzetéről. A jelentés a Biztosító honlapján (www.uniqa.hu/uzleti-jelentesek) érhető el.

A.4. TANÁCSADÁS

A Biztosító a jelen biztosítási termék esetén a biztosítás értékesítési módjától függően nyújt tanácsadást.

- a) Ha az értékesítés
- **függő biztosításközvetítő ügynök** közreműködésével, vagy
 - a Biztosító által, **telefonos** úton történik, a biztosító **tanácsadást** nyújt.
- b) Ha az értékesítés
- a Biztosító honlapján keresztül, **online** történik, a biztosító **nem nyújt tanácsadást**.
- c) Ha az értékesítés
- **biztosításközvetítő alkuusz**, vagy

- (a Biztosító ügynökével nem azonos) függő biztosításközvetítő **többes ügynök** közreműködésével történik, akkor ezek biztosításközvetítői (ügyfél)tájékoztatója tartalmazza, hogy **nyújtanak-e tanácsadást**.

A.5. A KÖZREMŰKÖDŐK JAVADALMAZÁSA

A Biztosító – biztosításközvetítőnek nem minősülő – közreműködői (így az értékesítési vezetők is) tevékenységüket munkaviszony keretében végzik, amelyért a munkaviszonyukra jellemző javadalmazásban részesülnek.

A.6. TOVÁBBI FONTOS TUDNIVALÓK A BIZTOSÍTÁSI TERMÉKRŐL

- a biztosítási **időszak és tartam meghatározását** a **C.5.** pont;
- a Biztosító **kockázatviselésének kezdetét** a **C.4.** pont;
- a **biztosítási esemény(eke)t** a **D.9.** pont;
- a **díjfizetésre** vonatkozó feltételeket, a **C.7.** pont;
- a Biztosító **szolgáltatásait, azok teljesítésének módját, idejét** és a lehetőségeket a **C.5.** pont;
- a **biztosítási szerződés megszűnésére, megszüntetésére** vonatkozó tudnivalókat a **C.9.–C.10.** pontok;
- a **szerződés módosítás és felmondás** feltételeit a **C.8.–C.9.** pontok;
- a Biztosító **mentesülését** és a **nem vállalható (kizárt) kockázatok** a **C.12.–C.13.** pontok, a **D.10.** pont;
- a Biztosító szolgáltatás-korlátozásainak (szolgáltatási limit) feltételeit a **C.6.d)** és **C.9.1.** pontok, a **D.8.** pont szabályozza(k).

► Ügyfélértékelő

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

A.7. JOGSZABÁLYOK ÁLTAL MEGHATÁROZOTT, EGYÉB FONTOS INFORMÁCIÓK

- A jogszabályoktól és a szokásos szerződési gyakorlattól **eltérő rendelkezéseket a C.14.2. pont** tartalmazza.
- A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekképviseleti szervek a Biztosítóra és a termékértékesítésbe bevont személyekre vonatkozó esetleges panaszukat szóban vagy írásban a **B.2.** pontban foglaltak szerint terjeszthetik elő. [3]
- A **biztosítási titokkal**, a Biztosító **adatkezelésével**, az **adattovábbítással** kapcsolatos tudnivalókat a **B.3.** pont tartalmazza.
- A biztosítási szerződés és a kapcsolattartás nyelve magyar.
- A biztosítási szerződésre a **magyar jogot** kell alkalmazni.

A.8. GYAKRAN ISMÉTELT KÉRDÉSEK

A.8.1. Milyen szolgáltatást nyújt a Biztosító?

A Biztosító szolgáltatásai a Szerződésben kerülnek rögzítésre. Ezek jellemzően egészségügyi szolgáltatásokként, egyes esetekben pedig biztosítási összegként kerülnek meghatározásra.

A.8.2. A Biztosított ellátásának folyamata, hogyan történik a szolgáltatás?

Az ellátás megszervezése egészségügyi ellátásszervező igénybe vételével, az ellátás megszervezése erre a célra kifejlesztett online felületen vagy saját szervezésben történhet.

A.8.3. Ki a Biztosító egészségügyi ellátásszervező partnere?

A Biztosító egészségügyi ellátásszervező partnere szervezi meg a Szerződés szerinti egészségügyi szolgáltatásokat.

A Biztosítóval szerződött ellátásszervező a **Teladoc Hungary Kft.** (1083 Budapest, Szigony utca 26–32.), amely a szolgáltatások telefonon történő bejelentését munkanapokon 8–20 óra között fogadja a **+36-1-461-1528** telefonszámon.

Az **online** időpontfoglalás minden nap 0–24 óra között rendelkezésre áll a www.mh24.hu weboldalon.

A Biztosító a Szerződés fennállása alatt megváltoztathatja ellátásszervező partnerét.

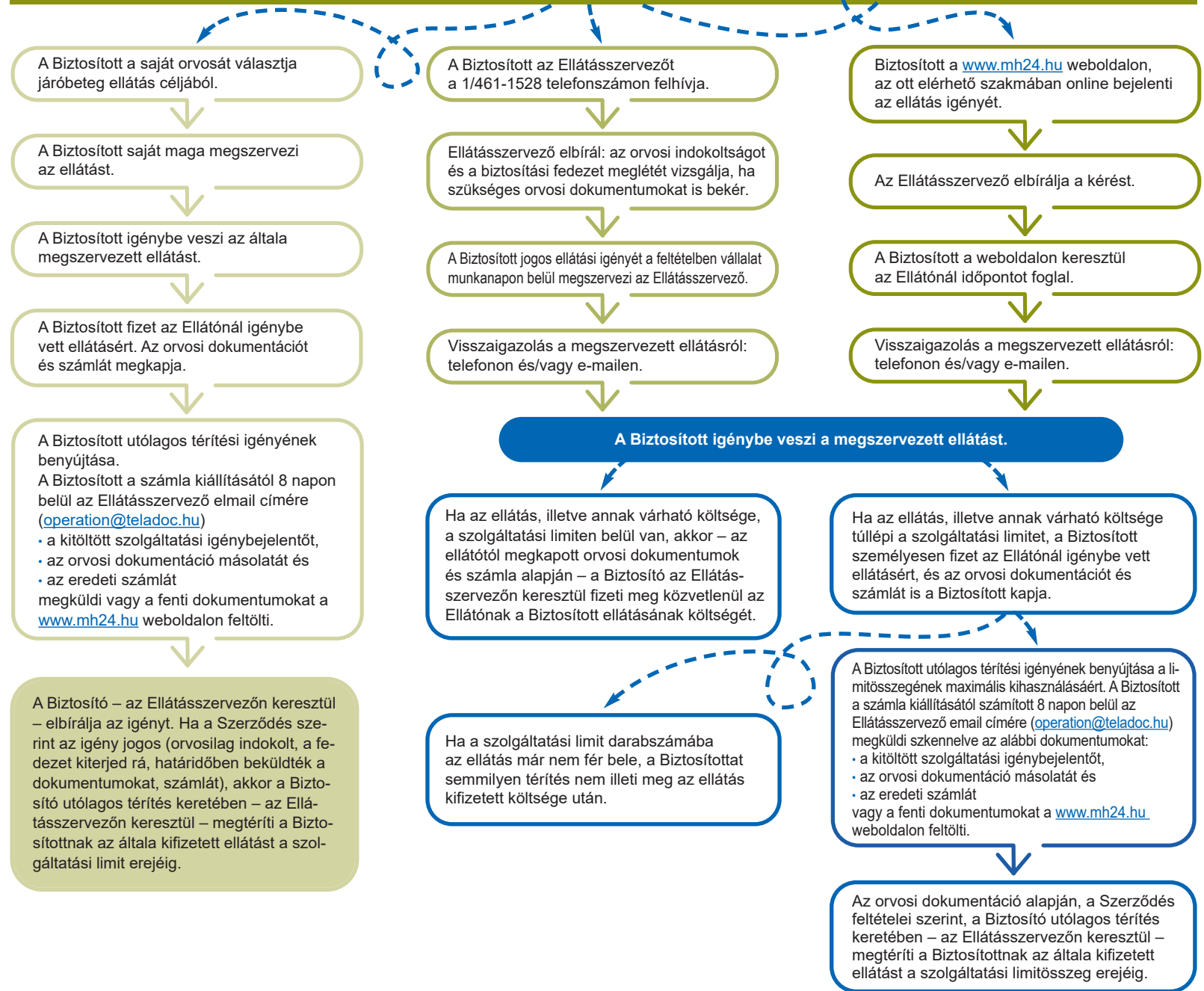
A.8.4. Hogyan kell a biztosítási díjat megfizetni?

A biztosítási díjat a Szerződő kizárólag banki átutalással fizetheti meg.

Az egyes folyamatokat a lenti ábrák szemléltetik:

• Ellátás igénylése • Újabb (további) ellátás igénylése • Ellátás újraszervezése

(3 közül bármelyik megléte elindítja a folyamatot)



Ügyfélértékelő

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

► Ügyfélértékelő

- Biztosító
- Felügyeleti szerv
- Jelentés a biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről
- Tanácsadás
- A közreműködők javadalmazása
- További fontos tudnivalók a biztosítási termékről
- Jogszabályok által meghatározott, egyéb fontos információk
- Gyakran ismételt kérdések
- Részletes kifejtések

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

RÉSZLETES KIFEJTÉSEK

[1] A **Biztosító** részletes adatai (A.1. pont):

- teljes név: UNIQA Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság
- székhely: 1134 Budapest, Róbert Károly körút 70–74.
- tevékenység: biztosítási tevékenység

[2] A **Magyar Nemzeti Bank** részletes adatai (B.2.1. pont):

- székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
- ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
- ügyfélszolgálati telefonszám: +36-80-203-776
- levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
- internetes elérhetőség: www.mnb.hu
- e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu

[3] A **panasztétel** további részletei (A.7. pont):

- **értékesítésbe bevont személy:** A Biztosító által alkalmazott, vagy megbízott függő biztosításközvetítő ügynök, vagy az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítói tevékenységet végző személy
- a **panaszok** a Biztosítónak, illetve az értékesítésbe bevont személyeknek a magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozhatnak
- a **szóbeli** előterjesztés lehetőségei: személyesen, vagy telefonon
- az **írásbeli** előterjesztés lehetőségei: személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, e-mailben.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

B) Általános rendelkezések

B.1. FELEK KÖZÖTTI KAPCSOLATTARTÁS SZABÁLYAI, JOGNYILATKOZATOK

Ha jogszabály a jognyilatkozat érvényességéhez írásbeliséget követel meg, akkor a jognyilatkozat kizárólag akkor érvényes, ha az megfelel a Polgári Törvénykönyv (továbbiakban: „Ptk.”) előírásainak [4].

B.1.1. A Szerződő jognyilatkozatainak átadása a Biztosító részére

A Szerződésre vonatkozó ügyféloldali jognyilatkozatok megtétele a Szerződő joga és kötelessége.

I. Ajánlattétel

A Biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlat **kizárólag írásban**, a Biztosító által erre rendszeresített, a Szerződő által cég-szerűen aláírt nyomtatványon tehető.

II. Felmondás

A Szerződést a Szerződő **kizárólag írásban** (postai úton megküldött vagy személyesen a Biztosító Ügyfélszolgálatán leadott), illetve legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumban mondhatják fel.

Felmondható a szerződés továbbá olyan elektronikus dokumentummal, amely az eredeti felmondásnak – a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott – szkennelt, PDF formátumú másolatát tartalmazza.

III. Egyéb esetek

Minden más esetben a Biztosítóhoz intézett nyilatkozat a Biztosítóval szemben akkor hatályos, ha azt írásban vagy e-mailen, faxon

vagy elektronikus úton, a Biztosító honlapján keresztül vagy egyéb maradandó eszközzel tették, és az a Biztosító tudomására jut.

Az e-mailen küldött jognyilatkozatot a Biztosító csak abban az esetben fogadja el, ha az e-mail cím a küldő személyéhez kapcsolt, korábban a Biztosító számára bejelentett és a Biztosító által rögzített címről érkezett. A Biztosító – az e-mail üzenet tartalmától függően – jogosult dokumentum megküldésére felhívni a Szerződőt/Biztosítottat.

B.1.2. A Biztosító jognyilatkozatainak átadása a Szerződő részére

A Biztosító nyilatkozatait a Szerződőnek juttatja el, amelyek tartalmáról és a Szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a Szerződő kötelessége a Biztosított(ka)t megfelelően tájékoztatni.

I. Elektronikus kézbesítés

A Biztosító Szerződéssel kapcsolatos jognyilatkozata abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a Biztosító igazolható módon kiküldte a Szerződő által megadott e-mail címre vagy azt a Biztosító a honlapján elhelyezte.

- A Szerződő által megadott elektronikus adatok valótlanágából, hiányosságából származó károkért, valamint a Szerződő levelezési szolgáltatójánál felmerülő hibákért, rendellenes működésért, továbbá a szolgáltató biztonsági, illetve a Szerződő személyes fiókjának beállításai miatt felmerülő problémákért és az abból származó károkért, illetve hátrányos jogkövetkezményekért a Biztosító nem vállal felelősséget.
- Az elektronikus levelezés során a Biztosító zárt levelezési rendszeréből nyílt levelezési rendszerbe kerülhetnek a Szerződés adatai.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

II. Postai kézbesítés

A címzett által meghatározott postai címre a Biztosító által feladott nyilatkozatot a kézbesítés sikerességétől függetlenül kézbesítettnek kell tekinteni

- a) a kézbesítés megkísérlésének napján, ha a küldemény a Biztosítóhoz a kézbesítés eredménytelensége miatt érkezik vissza, kivéve a „nem kereste” jelzést (például cím nem azonosítható, címzett ismeretlen, átvételt megtagadta, elköltözött, kézbesítés akadályozott, levélszekrény hiánya miatt kézbesíthetetlen, meghalt/megszűnt jelzések); illetve
- b) ha a Biztosító által feladott nyilatkozatot a posta a rá vonatkozó szabályoknak megfelelően „nem kereste” jelzéssel küldte vissza a Biztosítóhoz, a postai kézbesítés 2. megkísérlését követő 5. munkanapon.

A Biztosítónak a kézbesítési vélelem beálltáról nem kell értesítenie a címzettet.

B.2. PANASZOK BEJELENTÉSÉNEK MÓDJA

Az ügyfél a Biztosító továbbá függő biztosításközvetítő ügynöke *magatartására, tevékenységére vagy mulasztására* vonatkozó panaszát **szóban** (személyesen, telefonon) vagy **írásban** (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, elektronikus levélben (a továbbiakban: **e-mail**)) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- a) **személyesen írásban vagy szóban** a Biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben hétfőn, kedden, szerdán és pénteken 8–16 óráig, csütörtökönként hosszított nyitvatartással 8–20 óráig,
- b) **elektronikus úton** (a panasziroda@uniqa.hu e-mail címen),
- c) **telefonon** (a Biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámon: +36-1/544-5555) hétfőn, kedden, szerdán és pénteken 8–16 óráig csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8–20 óráig,

d) **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 <https://www.uniqa.hu/panasz-bejelentes> linken nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a Biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

Amennyiben az ügyben érintett biztosításközvetítő függő biztosításközvetítő *többes ügynök, vagy független biztosításközvetítő al-kusz*, úgy ezek magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó esetleges panaszát a biztosításközvetítőnél terjesztheti elő.

B.2.1. Felügyeleti szerv

A Biztosító felügyeleti szerve a **Magyar Nemzeti Bank** [2].

B.2.2. Jogorvoslati fórumok

A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfelek számára az alábbi lehetőségek állnak rendelkezésre.

I. Minden ügyfélre vonatkozó lehetőség

Bármilyen szerződéses jogvita esetén az ügyfél a Polgári Perrendtartás szerint hatáskörrel és illetékességgel rendelkező **biróságnál kezdeményezhet polgári peres eljárást**.

II. A Magyar Nemzeti Bankról szóló törvény értelmében Fogyasztónak minősülő ügyfelek további lehetőségei

A panasz teljes vagy részleges elutasítása, vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az **MNB tv. [5] értelmében fogyasztónak mi-**

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

nősülő ügyfél [6] az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

a) amennyiben a panasz a biztosítási szerződés *létrejöttével, érvényességével, joghatásaival, megszűnésével*, továbbá *szerződésszegéssel és annak joghatásaival* kapcsolatos, úgy az ügyfél a **Pénzügyi Békéltető Testülethez [7]** (továbbiakban: „PBT”) fordulhat;

b) amennyiben a panasz az MNB tv.-ben meghatározott *fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésének kivizsgálására (a Biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására)* irányul, úgy az ügyfél az **MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának [8] fogyasztóvédelmi eljárását** kezdeményezheti.

A fenti eljárások megindításának feltétele, hogy az ügyfél a jogorvoslat kezdeményezését megelőzően a Biztosítónál közvetlenül megkísérelje a vitás ügy rendezését.

Az ügyfél a fenti eljárások 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.

III. A vonatkozó EU rendelet értelmében Fogyasztónak minősülő ügyfelek további lehetősége: Online vitarendezési platform

Amennyiben az ügyfél az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkezik és a vonatkozó EU rendelet (továbbiakban: „Rendelet”) megfelelő pontja [9] értelmében fogyasztónak minősül, a Biztosítóval elektronikus úton megkötött biztosítási szerződéssel összefüggésben felmerülő pénzügyi fogyasztói jogvita bírósági eljáráson kívüli, a PBT közreműködésével történő rendezését az Európai Bizottság által létrehozott online vitarendezési platformon (<http://ec.europa.eu/odr>) keresztül is kezdeményezheti.

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

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.

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

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

Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a PBT [7] jogosult.

B.3. ADATKEZELÉS, ADATVÉDELEM

A Biztosító az átláthatóság elvének érvényesülése érdekében közérthető módon kívánja Ügyfeleit tájékoztatni a Biztosító adatkezeléséről és az **Európai Unió Általános Adatvédelmi Rendeletének [10]** (továbbiakban: „GDPR”) való megfeleléséről.

A Biztosító ugyanakkor – a jogi teljeskörűség érdekében – honlapján (www.uniqa.hu/adatkezeles), továbbá Ügyfélszolgálatán is közlésezi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat (ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is elérhetőek). A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatók.

A Biztosító a törvényi rendelkezések (Info. tv. [11], Bit. [12] és GDPR) alapján az alábbi tájékoztatást nyújtja a természetes személy érintettek (Szerződők, Biztosítottak, Kedvezményezettek, a Bit. szerinti egyéb Ügyfelek, a továbbiakban együttesen említve mint: „Érintett”) részére. Az Érintett személyes adatai kezelésének célja, jogalapja és időtartama a B.3.5. pont alatt táblázatos formában megtalálható.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ASZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

B.3.1. Adatkezelő, az Adatkezelő képviselője és az Adatvédelmi tisztviselő neve, elérhetősége

Adatkezelő: UNIQA Biztosító Zrt.

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

B.3.2. Az Adattovábbítás címzettjei

Adatfeldolgozók: A Biztosító részéről adatfeldolgozóként a Biztosító számára a biztosítási Szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, adatfeldolgozók járhatnak el, akik az adatokat megismerhetik. Az adatfeldolgozók címzettjei körök szerint [13] alatt találhatók.

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

Amennyiben a biztosítási szolgáltatás teljesítése érdekében elengedhetetlen, a Biztosító a Szerződés teljesítése céljából harmadik országba továbbítja az Érintett személyes adatait annak érdekében, hogy az Érintett 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 a [14] alatt található címzettjei körök továbbíthat adatot.

B.3.3. A Biztosítási titok megismerése

A Biztosító jogosult kezelni Ügyfeleinek biztosítási titoknak minősülő adatait. Az Ügyfelek adatait a Biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a Bit. 135.-139.§-aiban meghatározott esetekben – az alábbi szervekhez továbbíthatja, az adott termék vagy szolgáltatás jellegétől függően: a Magyar Nemzeti Bankhoz, az előkészítő

eljárást folytató szervhez, a nyomozhatósághoz és ügyészséghez, a szabálysértési hatósági jogkörében eljáró rendőrséghez és Nemzeti Adó- és Vámhivatalhoz, bírósághoz, a bíróság által kirendelt szakértőhöz, önálló bírósági végrehajtóhoz, (ideiglenes/rendkívüli/családi) vagyon-felügyelőhöz, felszámolóhoz, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezőhöz, Családi Csődvédelmi Szolgálathoz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, továbbá az általa kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi államigazgatási szervhez, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, annak a vállalatcsoportnak a másik vállalkozásához, amelynek a Biztosító a tagja, együttbiztosításban részt vállaló biztosítókhoz, átlomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, illetve minden egyéb jogszabályban rögzített illetékes szerv felé, továbbá a Bit. 149.§-ában foglaltak szerint más biztosítóhoz (a biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében).

A Bit. 141.§-ában meghatározott feltételek fennállása esetén az ügyfelek adatai harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez is továbbíthatók.

A fent hivatkozott jogszabályhelyek mindenkor hatályos szövege elérhető a Magyarország Kormánya által meghatározott, elektronikus közszolgáltatásként működő, bárki számára térítésmentesen hozzáférhető honlapon (www.njt.hu).

B.3.4. Az Érintettek 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. A részletes leírás megtalálható a Biztosító honlapján (www.uniqa.hu/adatkezeles) és Ügyfélszolgálatán.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

I. 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.

II. 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.

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

Ön kérheti, hogy a Biztosító indokolatlan késedelem nélkül törölje a személyes adatait, amennyiben:

- az adatkezelés célja megszűnt;
- Ön visszavonja a személyes adatai kezeléséhez adott hozzájárulását;
- Ön tiltakozik a személyes adatok kezelése ellen;
- a személyes adatok jogellenesen kezelték;
- jogszabály alapján előírt jogi kötelezettség teljesítéséhez törölni kell.

A Biztosító törlési kötelezettsége nem áll fenn, amennyiben az adatkezelés szükséges:

- a véleménynyilvánítás szabadságához és a tájékozódáshoz való jog gyakorlása céljából;
- a személyes adatok kezelését előíró, a Biztosítóra alkalmazandó uniós vagy tagállami jog szerinti kötelezettség teljesítése céljából;
- a népegészségügy területét érintő közérdek alapján;
- közérdekű archiválás céljából, tudományos és történelmi kutatási célból vagy statisztikai célból, amennyiben a személyes adatok törlése valószínűsíthetően lehetetlenné tenné vagy komolyan veszélyeztetné ezt az adatkezelést;
- jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez, illetve védelméhez.

IV. Az adatkezelés korlátozásához való jog

Ön jogosult arra, hogy kérésére a Biztosító korlátozza az adatkezelést, amennyiben:

- Ön vitatja a személyes adatok pontosságát, amely esetben a korlátozás azon időtartamra vonatkozik, amíg a Biztosító ellenőrzi a személyes adatok pontosságát;
- az adatkezelés jogellenes, és Ön ellenzi az adatok törlését és kéri azok felhasználásának korlátozását;
- a Biztosítónak már nincs szüksége a személyes adataira az adatkezelés céljából, de Ön igényli azokat jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez;
- Ön tiltakozott a Biztosító jogos érdekén alapuló adatkezelés ellen, amely esetben a korlátozás azon időtartamra vonatkozik, amíg megállapításra nem kerül, hogy a Biztosító jogos indokai elsőbbséget élveznek-e az Ön jogos indokaival szemben.

A korlátozás ideje alatt adatkezelési műveletek nem végezhetők, csak tárolni lehet az adatokat. A korlátozás feloldásáról a Biztosító előzetesen tájékoztatja majd.

V. Az adathordozhatósághoz való jog

Ön jogosult arra, hogy kérésére az Önre vonatkozó, az Ön által a Biztosító rendelkezésére bocsátott személyes adatokat tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formában megkapja. Ön jogosult továbbá arra, hogy ezeket az adatokat egy másik adatkezelőnek továbbítsa, anélkül, hogy a Biztosító ebben akadályozná. Amennyiben ez egyébként technikailag megvalósítható, a Biztosító az Ön kérésére a személyes adatokat közvetlenül továbbítja.

VI. A tiltakozáshoz való jog

Amennyiben az Ön személyes adatainak kezelése a Biztosító jogos érdekén alapszik – ideértve a jogos érdeken alapuló profilalkotást –, Ön jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon a jogos érdeken alapuló adatkezeléssel szemben. Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatokat nem kezelheti tovább, kivéve, ha bizonyítja, hogy az adatkezelést olyan kényszerítő erejű jogos okok indokolják, amelyek elsőbbsé-

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

get élveznek az Ön érdekeivel, jogaival és szabadságaival szemben, vagy amelyek jogi igények előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez kapcsolódnak.

Ha a személyes adatainak – a Biztosító jogos érdekén alapuló – kezelése közvetlen üzletszerzés érdekében történik, Ön jogosult arra, hogy bármikor tiltakozzon az Önre vonatkozó személyes adatok e célból történő kezelése ellen, ideértve a profilalkotást is. Ebben az esetben a Biztosító a személyes adatait a továbbiakban e célból nem kezelheti.

VII. A hozzájárulás visszavonásához való jog

Amennyiben a személyes adatai kezelésének jogalapja az Ön hozzájárulása, Ön jogosult bármikor visszavonni a hozzájárulását. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonást megelőző adatkezelés jogszerűségét.

A Biztosító felhívja figyelmét, hogy az egészségügyi adatok kezeléséhez adott hozzájárulásának visszavonása a baleset-, egészség- és életbiztosítási szerződések megszűnését eredményezheti a Ptk. szerződés lehetetlenülésére vonatkozó szabályai szerint, amennyiben az egészségügyi adatainak kezelése elengedhetetlenül szükséges a baleset-, egészség- és életbiztosítási szerződések állományban tartásához és teljesítéséhez.

VIII. Jogorvoslati jog

Ha Ön úgy ítéli meg, hogy a Biztosító a személyes adatainak kezelése során megsértette a hatályos adatvédelmi jogszabályokat, panaszt nyújthat be a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (cím: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11., postacím: 1363 Budapest, Pf. 9., e-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu, honlap: <https://naih.hu>).

Ön jogosult továbbá a személyes adatainak védelme érdekében bírósághoz fordulni, amely az ügyben soron kívül jár el. A per elbírálása a törvényszék hatáskörébe tartozik, a per az Ön választása szerint a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindítható.

B.3.5. A Biztosító elérhetősége adatkezelési ügyekben

A Szerződő a B.3.4. pontban felsorolt jogait az adatvedelem@uniqa.hu e-mail címre vagy az UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. postai levelezési címre küldött levélben gyakorolhatja.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

Az Érintett személyes adatai kezelésének célja, jogalapja és időtartama (B.3. pont):

	Adatkezelés célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
1.	A biztosítási szerződés megkötése, kockázatkezelés, meglévő biztosítási szerződések állományban tartása és módosítása, valamint a biztosítási szerződésekhez kapcsolódó díjak, követelések megállapítása.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pont – a biztosítási szerződés teljesítése.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
2.	Egészségügyi adatok kezelése a biztosítási szerződés megkötése, kockázatkezelés, meglévő biztosítási szerződések állományban tartása és módosítása, valamint a biztosítási szerződésekhez kapcsolódó díjak, követelések megállapítása céljából.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés a) pont és GDPR 9. cikk (2) bekezdés a) pont – az érintett kifejezett hozzájárulása.	Az Érintett által megadott egészségügyi adatok. Így különösen a természetes személy azonosító adatai, TAJ-száma, egészségügyi kérdőívre adott válaszai, egészségügyi adatai, az egészségügyi adatokat alátámasztó leletek, orvosi diagnózisok és feljegyzések.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
3.	A Biztosító biztosítási csalás megelőzése, valamint azonosítása érdekében végzett adatkezelési tevékenység, valamint ennek ellenőrzése.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pont – a Biztosító jogos érdekeinek érvényesítése.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
4.	A szerződéssel kapcsolatos kérdésekkel, kérésekkel, vagy jogérvényesítés céljából a Biztosítóhoz bármilyen csatornán (honlapon lévő űrlap kitöltésével, írásban, telefonon vagy személyes ügyfélszolgálaton) keresztül forduló Érintett azonosítása annak érdekében, hogy a Biztosító kizárólag olyan biztosítási titkot közöljön, melynek megismerésére az azonosított fél jogosult.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pont – a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, születési név, anyja neve, születési idő, azonosító okmány száma, e-mail cím, elektronikus felületen keresztül ügyintézés esetén az azonosításhoz szükség felhasználnálónév és jelszó.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
5.	A kárigények érvényesítése során a technikai adminisztráció megkönnyítése és a gyorsabb ügyintézés, kifizetés, továbbá az elírások kiküszöbölése érdekében, illetve az igénybejelentővel történő, és egyéb, a kárügyintéztést megkönnyítő (postai, e-mailes vagy telefonos) kapcsolatfelvétel során olyan információk és adatok begyűjtése érdekében, amelyek által a Biztosító meg tudja ítélni a kárigény jogosságát, valamint a kárkifizetés/biztosítási szolgáltatás szerződés szerint szükséges mértékét.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés b) pont – a biztosítási szerződés teljesítése, amennyiben a szolgáltatásra igényt tartó személy a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban áll (Szerződő, Biztosított). GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pont – a Biztosító szerződés teljesítéséhez fűződő jogos érdeke, amennyiben az érintett nem áll szerződésben a Biztosítóval.	Többek között: az Érintett (például Biztosított, Szerződő, károsult) neve, címe és káreseményhez kapcsolódó adatok.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

	Adatkezelés célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
6.	A biztosítási szerződésből származó jogi igényekkel szembeni védekezés előterjesztése.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pont – a Biztosító jogi igényekkel szembeni védekezéséhez fűződő jogos érdeke.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
7.	A Biztosító biztosítási szerződésből eredő igényeinek érvényesítése.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pont – a Biztosító jogi igényekkel szembeni védekezéséhez fűződő jogos érdeke.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
8.	A biztosítási szerződéses jogviszonnyal kapcsolatos bírósági, hatósági megkeresések megválaszolása.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pont – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése, amelyet a Bit., a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá az adott jogterületre vonatkozó ágazati jogszabály keletkeztet.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően addig, amíg a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
9.	Számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) bekezdés c) pont – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése, amelyet a számvitelről szóló 2000. évi C. törvény 169. §-a keletkeztet	A számviteli bizonylatokhoz szükséges személyes adatok.	8 év

Felhívjuk a figyelmet, hogy a vállalati ügyfeleknek értékesített csoportos biztosítások esetén a Biztosítottként megjelölt természetes személyek személyes adatait a Biztosító az egyéni ügyfelekkel megegyező adatvédelmi előírások betartása mellett kezeli.

▶ Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

B.4. AZ EGYOLDALÚ MÓDOSÍTÁS LEHETŐSÉGE

Az A.1. (Biztosító), A.2. (Felügyeleti szerv), A.3. (Jelentés a Biztosító fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről), A.4. (Tanácsadás), B.2. (Panaszok bejelentésének módja) és B.3. (Adatkezelés, adatvédelem) pontok a Szerződés aláírásakor hatályos feltételeket tartalmazzák. A Biztosító jogosult a hivatkozott pontokban szabályozott rendelkezéseket a Szerződő számára nem kedvezőtlenül vagy kedvezően egyoldalúan módosítani.

A Biztosító a honlapján és az Ügyfélszolgálaton naprakészen tájékoztatja az ügyfeleit a panaszok bejelentésének módjáról, valamint az adatkezeléshez és az adatvédelemhez kapcsolódó aktualizált információkról és részletekről. Ezekről az információkról a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is tájékozódni lehet.

B.5. ALKALMAZANDÓ JOG

A Szerződésben nem szabályozott kérdésekben a Ptk., a Bit. és az egyéb hatályos magyar jogszabályok rendelkezései alkalmazandók.

B.6. ELÉVÜLÉS

A Szerződésből eredő igények a követelés esedékességétől számított két év alatt évülnek el.

B.7. TELJESSÉGI ZÁRADÉK

A Szerződés a Felek közti megállapodás minden feltételét tartalmazza, így az esetleges korábbi megállapodások, nyilatkozatok hatályukat veszítik, és nem képezik jelen Szerződés tartalmát. Továbbá nem válik a Szerződés tartalmává a Felek esetleges korábbi szerződéses / üzleti gyakorlata, szokása, sem a biztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás.

B.8. SZANKCIÓS KORLÁTOZÁSI ÉS KIZÁRÁSI ZÁRADÉK

Jelen Szerződés egyéb rendelkezéseitől függetlenül, jelen biztosítási szerződés abban az esetben jogosít szolgáltatásra vagy a Biztosító által teljesítendő bármely kifizetésre, amennyiben az nem ütközik az ENSZ Biztonsági Tanácsa által vagy az Európai Unió által alkalmazott gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióba, és/vagy embargós rendelkezésébe, továbbá nem ellentétes bármely más, a jelen Szerződő felekre alkalmazandó nemzeti jogszabállyal. Ez a rendelkezés irányadó az Amerikai Egyesült Államok vagy egyéb ország gazdasági, kereskedelmi vagy pénzügyi szankcióira és/vagy embargós rendelkezéseire is, amennyiben azok nem ellentétesek az Európai Unió vagy Magyarország jogszabályaival.

B.9. ÉRTÉKKÖVETÉS

A biztosító értékkövetést nem alkalmaz.

Általános rendelkezések

- Felek közötti kapcsolattartás szabályai, jognyilatkozatok
- Panaszok bejelentésének módja
- Adatkezelés, adatvédelem
- Az egyoldalú módosítás lehetősége
- Alkalmazandó jog
- Elévülés
- Teljességi záradék
- Szankciós korlátozási és kizárási záradék
- Értékkövetés
- Részletes kifejtések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

RÉSZLETES KIFEJTÉSEK

- [4] Az **írásbeliségre** vonatkozó hivatkozott **törvényi** előírás (B.1. pont):
- A közlésnek meg kell felelnie a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben előírt írásbeliség követelményének, azaz alkalmasnak kell lennie a jognyilatkozatban foglalt tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozattevő személyének és a nyilatkozat megtétele időpontjának azonosítására.
- [5] A hivatkozott **MNB tv.** (B.2.2. pont):
- a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény
- [6] A **fogyasztó** fogalma a panaszkezelés szempontjából (B.2.2. pont):
- Az MNB tv. alkalmazásában **fogyasztó** az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személy.
 - A **panaszkezelés szempontjából nem minősül fogyasztónak** többek között 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/képviselőtében eljáró személy.
- [7] A **Pénzügyi Békéltető Testület** részletes adatai (B.2.2. pont):
- székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
 - ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
 - levelezési cím: H-1525 Budapest Pf. 172
 - telefonszám: +36-80-203-776
 - internetes elérhetőség: www.penzugyibekeltetotestulet.hu
 - e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu
- [8] Az **MNB Ügyfélkapcsolati Információs Központjának** részletes adatai (B.2.2. pont):
- székhely: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6..
 - levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
 - telefon: +36-80-203-776
 - internetes elérhetőség: www.mnb.hu/fogyasztovedelem
 - e-mail cím: ugyfelszolgalat@mnb.hu
- [9] A **fogyasztókra vonatkozó** hivatkozott **EU rendelet (GDPR)** megfelelő pontja (B.2.2. pont):
- Az Európai Parlament és Tanács 524/2013/EU rendelete (2013. május 21.) a fogyasztói jogviták online rendezéséről 4. cikk (1) bekezdés a) pont
- [10] Az **adatvédelemre vonatkozó** hivatkozott **EU rendelet** (B.3. pont):
- Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 számú Általános Adatvédelmi Rendelete
- [11] A hivatkozott **Info tv.** (B.3. pont):
- Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény
- [12] A hivatkozott **Bit.** (B.3. pont):
- A biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény
- [13] Az adatfeldolgozók címzetti körök szerint (B.3.2 pont):
- belföldi és az Európai Gazdasági Térségről szóló Egyezményben részes tagállamban lévő viszontbiztosítók,
 - elektronikus adatfeldolgozó szolgáltatók,
 - informatikai (rendszerkarbantartó, üzemeltető) szolgáltatók,
 - információbiztonsági és szoftverfejlesztési szolgáltatók,
 - kárrendező és kárszakértő szolgáltatók,
 - kárrendezés során eljáró magánnyomozók,
 - kockázatbírálásban és kárrendezés során eljáró orvosszakértők,
 - kárrendezésben és díjbehajtásban résztvevő ügyvédek, ügyvédi irodák, követelésbehajtók,
 - vagyongazdálkodók, nyomdai szolgáltatók.
- [14] A Biztosító 3. országba az alábbi címzetti körnek továbbíthat adatait (B.3.2. pont):
- viszontbiztosítók,
 - egészségügyi intézmények,
 - egészségügyi szolgáltatást nyújtó szolgáltatók,
 - nyomozóhatóság, ügyészség, bíróság.

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

C) Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

Biztosító díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a Szerződésben meghatározott jövőbeni biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatást teljesíti.

C.1. A SZERZŐDÉS ALANYAI

C.1.1. Biztosító

A Biztosító az **UNIQA Biztosító Zrt. [1]**, amely a biztosítási díj ellenében a Szerződésben meghatározott biztosítási szolgáltatások teljesítését vállalja.

C.1.2. Szerződő

A Szerződő az, aki a Szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj megfizetését együttesen valamennyi Biztosítottal vonatkozóan vállalja.

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő munkáltató, gazdasági társaság, jogi személy, egyéb szervezet, közösség. A Szerződő és a Biztosító együttesen a továbbiakban: **„Felek”**.

C.1.3. Biztosított

A biztosítási Szerződés egyidejűleg egy vagy több, Biztosítottakból álló csoportra vonatkozik.

A csoportokat a Szerződő állítja össze az ajánlatban meghatározott objektív szempont(ok) – többek között a foglalkozás, a beosztás, a munkavégzés helye, a munka veszélyessége – alapján.

Biztosított az a természetes személy, akit a Szerződő – a Szerződésben megjelölt valamelyik csoport tagjaként – biztosításra jelölt.

További feltétel, hogy a Biztosított a Biztosítotti nyilatkozat dokumentum kitöltésével és aláírásával, az eredeti példány Biztosító részére történő eljuttatásával kérje a Szerződés hatályának rá történő kiterjesztését, és hogy azt a Biztosító elfogadja.

A Szerződő személyére vonatkozó megkötések miatt **a Biztosított nem léphet a Szerződő helyébe.**

C.1.4. Kedvezményezett

Kedvezményezett minden esetben a Biztosított, aki a Szerződésben meghatározott biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult.

C.2. FOGALMAK

C.2.1. A Szerződéshez kapcsolódó, a Szerződés konkrét tartalmától függő dokumentumok

a) **Ajánlati dokumentáció:** „Ajánlat”, „Biztosítási csomag(ok)”, „Szerződő nyilatkozata”, esetlegesen „Záradék” dokumentumokból áll.

A **Szerződő nyilatkozata** tartalmazza a Felek közötti elszámolás, adatközlés és változás jelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat és a Felek közötti egyéb egyezségeket.

b) **Kötvény:** az Ajánlat elfogadását és biztosítási fedezetet igazoló, a Biztosító által kiállított dokumentum.

c) **Biztosítotti nyilatkozat:** az a dokumentum, amellyel a Biztosított hozzájárul a biztosítási szerződés hatályának rá történő kiterjesztéséhez és a személyes adatainak kezeléséhez.

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

C.2.2. A Biztosító szolgáltatásához kapcsolódó fogalmak

Az alábbi fogalmak a jelen biztosítási feltételek szerinti szóhasználatot tükrözik, e fogalmak más területen, illetve környezetben történő, esetlegesen eltérő tartalmú használata nem vonatkoztatható a jelen Szerződésre.

- a) **AMBULÁNS MŰTÉT:** járóbeteg-ellátás keretében végzett olyan műtét, amely után az ellátott személy a beavatkozást követő megfigyelés után még a beavatkozás napján otthonába bocsátható, és amely nem minősül egynapos sebészeti beavatkozásnak.
- b) **BALESET:** a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a Biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.
- c) **BETEGSÉG:** az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.
- d) **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLAT:** olyan orvosi eljárás, amely a beteg panasza okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányul, de – önmagában – nem célja az állapot megváltoztatása.
- e) **DIETETIKAI SZAKTANÁCSADÁS:** valamely betegség vagy kóros állapot miatt szükséges, egyénre szabott táplálkozási és ehhez kapcsolódó életmód tanácsadás.
- f) **EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ:** az egészségügyi ellátások során, a Biztosított vizsgálatával, kezelésével kapcsolatosan valaha keletkezett egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, tény, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Ilyen dokumentum lehet különösen: ambulánslap; kórházi zárójelentés; vizsgálati lap; ápolási, illetve ellátási dokumentáció; vizsgálati és labor leletek; szövettani eredmények; diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek; vény és beutaló vagy ezek másolatai.

- g) **EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS:** a Biztosított adott egészségi állapotához, illetve annak felméréséhez kapcsolódó, egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi tevékenységek összessége.
- h) **EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSZERVEZŐ (továbbiakban: ELLÁTÁSSZERVEZŐ):** azon intézmény, amelynek közreműködésével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervez, továbbá telefon keresztül szolgáltatásokat nyújt a Biztosított részére. Az Ellátásszervező pontos nevét, elérhetőségeit a KSZF tartalmazza, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat köteles tájékoztatni. Amennyiben az Ellátásszervező megváltozik, erről a Biztosító – lehetőség szerint – legkésőbb a változás hatályba lépését 30 nappal megelőzően tájékoztatja a Szerződőt.
- i) **EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ:** egészségügyi ellátások nyújtására a magyar egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult szolgáltató.
- j) **EGYNAPOS SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS:** olyan tervezhető sebészeti beavatkozás, amelyet erre működő egészségügyi szolgáltatónál végeznek, feltéve, hogy az orvosi szakvélemény és a szakma szabályai szerint a beavatkozás indokolt és elvégezhető az ellátást igénybe vevő választása és vizsgálati eredménye alapján; továbbá: amely elvégzését követően a biztosított az intézménybe történő felvételét követő minimum 6 órát meghaladóan, de legfeljebb 24 órán belül megfigyelés után, a saját lábán hagyja el az intézményt.
- k) **ELŐZMÉNY NÉLKÜLI BALESET ÉS BETEGSÉG:** a kockázatviselés ideje alatt fellépő olyan betegség, amelynek nem volt a kockázatviselés kezdetét megelőzően már fennállott vagy kórismézett (diagnosztizált) előzménye, vagy a kockázatviselés kezdetét megelőzően nem merült fel még nem kórismézett (nem diagnosztizált) esetben bármely tünet, sérülés, betegség, elváltozás vagy maradandó károsodás mely annak természetéből adódóan általános orvosszakmai irányelvek alapján a kockázatviselés kezdetét megelőzően alakult ki, és amelyekkel okozati összefüggésben a kockázatviselés ideje alatt a biztosított igényelt vagy igénybe vett egészségügyi szolgáltatást. Továbbá a kockázatviselés kezdetét megelőző balesettel sincs összefüggésben.

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

l) **FIZIKOTERÁPIA:** fizikai energiákkal, hővel, elektromos energiával, mechanikai erővel végzett gyógykezelés, amelyet szakirányú végzettséggel rendelkező szakember végez.

m) **FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS:** a betegnek folyamatos kórházi benntartózkodás alatt végzett egészségügyi ellátása.

n) **FOGÁSZATI SZŰRŐVIZSGÁLAT:** a fogazat állapotának felmérését szolgáló fog-szakorvosi (szűrő)vizsgálat.

o) **GYÓGYMASSZÁZS:** orvosi rendelvény alapján végzett masszázskézelés, amelyet gyógymasszőr képesítéssel rendelkező szakember végez.

p) **GYÓGYTORNA:** egyfajta mozgásterápia, amely egyéni igényekre és fizikai állapotra szabott specifikus gyakorlatsorokból áll, és amelyet gyógytornász diplomával rendelkező szakember irányít.

q) **JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS:** szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmasszerű egészségügyi ellátás, amely a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján történik.

r) **KONTROLLVIZSGÁLAT:** minden olyan vizsgálat, amely panasz miatt vagy panaszmentesen szükséges, és célja a Biztosított meglévő balesete vagy betegsége esetén, annak következtében kialakult aktuális egészségi állapot és/vagy kezelés hatásosságának rendszeres ellenőrzése az első szakorvosi vizsgálatot követően.

s) **KÓRHÁZ:** 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, nappali kórházak, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószerelvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetek, pszichiátriai intézetek, hospice tevékenységet végző intézmények, ápolási intézmények, illetve a krónikus fekvőbeteg el-

látást nyújtó intézetek, geriátriai (időseket ellátó) intézetek, szociális otthonok, továbbá a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai.

t) **KRÓNIKUS BETEGSÉG:** olyan általában lassan kialakuló, diagnosztizált betegség vagy orvos által minősített állapot, amely állandó vagy időszakos járóbeteg és/vagy fekvőbeteg-ellátást, kórházi tartózkodást igényel, és melyet az alkalmazott gyógyszeres vagy egyéb terápiával maradéktalanul meggyógyítani nem lehet, legfeljebb az akut periódusok előfordulása mellett tartós tünet és panaszmentességet lehet elérni.

Krónikus betegség akut periódusa alatt a tartósan tünetmentesen vagy tünete nélkül zajló krónikus betegség esetén az alapbetegségre jellemző tünetek hirtelen kialakuló és/vagy súlyos megjelenését értjük, mely azzal ok-okozati kapcsolatban áll.

Krónikus betegség gondozása: a rendszeres nyomon követést lehetővé tevő, szakma szabályai szerint kivitelezett vizsgálatok, pl. labor, diagnosztikai vizsgálatok és szakorvosi vizsgálatok, kontrollvizsgálatok, amelyek nem akut periódus kapcsán szükségesek.

u) **LABORVIZSGÁLAT:** emberi szövetrészek (például vér) és biológiai produktumok (többek között vizelet, széklet, sebváladék) laboratóriumi körülmények közötti fizikai, kémiai, biológiai módszerekkel való vizsgálata a minták kvalitatív és kvantitatív összetételének, biológiai aktivitásának és fertőzöttségének megállapítása céljából.

v) **MŰTÉT:** minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint, orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre. A műtét a beavatkozás kockázatától függően lehet néhány értő mozdulat vagy több órás operáció.

w) **SÜRGŐS SZÜKSÉG KÖRÉBE TARTOZÓ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve maradandó egészségkárosodást szenvedne. Az ilyen ellátást szükségessé tevő életet veszélyeztető állapotok és betegségek pontos meghatározása [15] alatt található.

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentesülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- x) **SEBÉSZETI BEAVATKOZÁS:** minden, olyan egynapos sebészeti beavatkozás és/vagy többnapos sebészeti beavatkozás, amelyet a Biztosító 6., 7., és 8. sz. függelékeiben felsorol.
- y) **SZAKORVOS FOGALMA:** érvényes szakvizsgával és működési engedéllyel rendelkező orvos, ide nem értve a háziorvostan, üzemorvostan, katasztrófa-orvostan szakvizsgával rendelkező orvosokat.
- z) **SZŰRŐVIZSGÁLAT:** minden olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.
- aa) **VIZSGÁLAT:** minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, az egészségi állapot változásának megállapítása, a szükséges gyógykezelés meghatározása és eredményességének ellenőrzése.

C.3. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

A Szerződés a Felek írásbeli megállapodásával jön létre. A Szerződő a Szerződés megkötését a Biztosító által erre rendszeresített Ajánlattal kezdeményezi.

A Szerződés úgy jön létre, hogy a Biztosító az Ajánlat és a hozzátartozó nyilatkozatok alapján kockázatelbírálást végez, majd az Ajánlatra **Kötvényt** állít ki.

A Biztosító – ha egészségügyi kockázatfelmerést végez – a szerződéskötéshez egészségi nyilatkozat kitöltését és/vagy orvosi vizsgálat elvégzését is kérheti.

A kockázatelbírálási idő az Ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezésétől számított **15 nap, egészségügyi kockázatfelmerés esetén 60 nap**, kivéve, ha a Biztosító kockázatelbírálás nélkül a Kötvényt kiállítja.

A Szerződés létrejöttére vonatkozó további részletes tudnivalók [16] alatt találhatóak.

C.4. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE

A Szerződés az azt követő nap 0 órájától lép hatályba, amikor a Szerződés első díja a Biztosító bankszámlájára beérkezik, illetőleg amikor a díj megfizetésére vonatkozóan halasztásban állapodnak meg, feltéve, hogy a Szerződés létrejött vagy utóbb létrejön.

A kezdeti (a Szerződésbe annak kezdetével bevont) Biztosítottakra vonatkozóan a Biztosító kockázatviselése a Szerződés hatálybalépésével egyidejűleg kezdődik. Ha a Felek díjhalasztásban állapodnak meg, a kockázatviselés kezdete a Szerződésben kerül rögzítésre.

Új (valamely biztosított csoportba a Szerződés kezdetét követően belépő) Biztosítottokra a Biztosító kockázatviselése az azt követő hónap első napján kezdődik, amikor a Biztosítóhoz – a Szerződésben előírt módon – a vonatkozó adatközlés és a szabályszerűen kitöltött eredeti Biztosított nyilatkozat beérkezik. A belépés esetleges elutasítására vonatkozó szabályozás [17] alatt található.

C.5. A SZERZŐDÉS TARTAMA, A BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK ÉS A BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ

A Szerződés határozatlan tartamra jön létre, kivéve, ha azt a Felek a Szerződésben határozott időre kötik. Határozott tartamú Szerződés esetén a biztosítás tartama a kezdet és lejárati közötti időszak, amely dátumok a Szerződésben kerülnek rögzítésre. A határozott tartam lejáratával a Szerződés automatikusan megszűnik.

A BIZTOSÍTÁSI ÉVFORDULÓ a Szerződés kezdetét követően minden évben a Szerződésben ekként megjelölt hónap és nap. A biztosítási

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentesülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

évfordulókhoz kapcsolódnak – többek között – a felmondási jog, a biztosítási díj elszámolása, a Szerződés tartalmi módosítása.

Határozott tartamú Szerződés esetén a **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a biztosítási szerződés kezdete és lejáratáig tartó időszak.

Határozatlan tartamú Szerződés esetén a **BIZTOSÍTÁSI IDŐSZAK** a biztosítási évfordulókhoz igazodó egy éves időtartam (az első biztosítási időszak a Szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam).

C.6. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI CSOMAG, SZOLGÁLTATÁSI LIMIT

a) **A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** olyan esemény, amelyre a biztosító kockázatviselése kiterjed.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY IDŐPONTJA az igénybe vett egészségügyi ellátás napja, kivéve, ha a KSZF máshogy rendelkezik.

b) **A biztosítási SZOLGÁLTATÁST** a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési időn belül bekövetkezett biztosítási eseményre nyújtja.

c) **A BIZTOSÍTÁSI CSOMAG** a Biztosító által előre összeállított biztosítási események és szolgáltatások együttese.

d) **A (SZOLGÁLTATÁSI) LIMIT** a Biztosító által az egyes biztosítási időszakokra darabszámban és/vagy forintösszegben meghatározott szolgáltatási korlátozás. A szolgáltatások Biztosítottanként a szolgáltatási limit mértékéig kerülnek teljesítésre.

Az adott biztosítási évben meghatározott szolgáltatási limit az igénybevett szolgáltatások mértékének megfelelően csökken.

A szolgáltatási limit fel nem használt része nem vihető át a következő biztosítási időszakra.

A biztosítási események, szolgáltatások és a biztosítási csomagok részletes meghatározását a KSZF tartalmazza. Az alkalmazott szolgáltatási limitek az Ajánlati Dokumentációban kerülnek rögzítésre.

C.7. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJFIZETÉS SZABÁLYAI

C.7.1. A biztosítási díj megfizetése

A biztosítási díj [18] a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, amelyet a Szerződőnek kell megfizetnie.

A Szerződés kezdetére vonatkozóan a Biztosító meghatározza az első biztosítási időszakra vonatkozó kezdeti biztosítási díjat, mely mindaddig érvényes marad, amíg azt az elszámolás szabályai (C.7.2. pont) szerint módosítani nem kell.

A biztosítás rendszeres díjfizetésű. A Szerződő havi, negyedéves, féléves, éves díjfizetési gyakoriságot választhat [19].

A biztosítás első díja a kockázatviselés kezdőnapján [20], a folytatólagos (rendszeres) díj pedig mindig előre, annak az időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

A díjfizetés **kizárólag banki átutalással** teljesíthető. A biztosítási díj akkor tekintendő megfizetettnek, amikor az a Biztosító erre rendszeresített számlájára, a Szerződésre egyértelműen azonosíthatóan teljes egészében beérkezett.

A Biztosítót a kockázatviselés teljes tartamára – az utolsó nap-tári hónap végéig – illeti meg a biztosítási díj.

Az esedékes díjrészletnél magasabb összeg befizetésével többletszolgáltatásra jogosultság nem keletkezik. A befizetett díjtöbbletet kamatmentes díjelőlegként kezeli a Biztosító, és a következő esedékes díjrészletbe beszámítja.

A Biztosító a biztosítási díj részleges megfizetését – ellenkező megállapodás hiányában – nem fogadja el; a Biztosító a részlegesen megfizetett biztosítás díjat a Szerződő részére kamatmentesen visszautalja, és a díjfizetési kötelezettség elmulasztására vonatkozó szabályok (C.9.1. pont) szerint jár el.

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

C.7.2. Felek közötti elszámolás, adatközlés, változásjelentés

A Felek közötti elszámolás, adatközlés és változásjelentés részletes szabályait, az írásbeliségre vonatkozó szabályokat és a Felek közötti egyéb egyezségeket az Ajánlati Dokumentációban szereplő **Szerződő nyilatkozata** tartalmazza.

C.7.3. A díjmódosítás egyéb szabályai határozatlan tartamú szerződések esetén

A Szerződés hatálya alatt a Biztosító a biztosítás díjának vagy fizetési feltételeinek megváltozásáról legkésőbb a biztosítási évforduló előtt **45 nappal írásban értesíti** a Szerződőt. A Szerződő legkésőbb az évforduló előtt 30 nappal köteles nyilatkozni, hogy a jelzett díjváltozást elfogadja-e.

a) Amennyiben a Szerződő a Biztosító által közölt módosításokkal a Szerződést nem kívánja fenntartani, a Szerződést a biztosítási évfordulóra, az évfordulót megelőzően – 30 napos felmondási határidővel – írásban felmondhatja.

A díjmódosítás visszautasítását követően a biztosítási szerződés a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző nap végével megszűnik.

b) Amennyiben a fent jelzett határidőig a Szerződő nem nyilatkozik, a Szerződő a biztosítási évforduló napjától kezdődő hatállyal a megváltozott mértékű biztosítási díjat köteles megfizetni.

C.8. A SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA

C.8.1. Közös megegyezés

A Felek a Szerződés tartalmát közös megegyezéssel bármikor írásban módosíthatják.

A Szerződés módosítását bármelyik fél írásban kezdeményezheti.

C.8.2. A biztosítási kockázat megnövekedése

Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást a Szerződést érintő lényeges körülményekről [21], a Biztosító 15 napon belül javaslatot tehet a Szerződés módosítására, illetőleg – ha a kockázatot a Szerződés értelmében nem vállalja – a Szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

A Biztosító módosító javaslat tételére vagy a Szerződés felmondására irányuló jogosultságának további feltétele, hogy az utólagosan megismert vagy megváltozott körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezzék.

Ha a Szerződő a módosító javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 napon belül írásban nem válaszol, a Szerződés a módosító javaslat közzétételétől számított 30. napon megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

Ha a Biztosító a fenti Szerződés módosítási/felmondási jogával nem él, a Szerződés az eredeti tartalommal hatályban marad.

C.9. A SZERZŐDÉS MEGSZŪNÉSE, KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŪNÉSE

A Szerződés – ezzel a Biztosító kockázatviselése valamennyi Biztosítottra – megszűnik az alábbi esetek bármelyikében:

C.9.1. Díjfizetési kötelezettség elmulasztása

Ha az esedékes biztosítási díjat nem fizetik meg, és díjfizetési halasztásban írásban sem állapodtak meg, a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő kitérésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a Szerződés visszamenőlegesen, a díjjal fedezett időszak utolsó napjának leteltével megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

A Biztosító a biztosítási szolgáltatást a biztosítási díj késedelmes fizetése esetén a késedelembe esés időpontjától **korlátozhatja, illetve szüneteltetheti.**

C.9.2. A határozott tartam lejárta

A határozott tartamra kötött Szerződés esetén a tartam lejárta napjának végével szűnik meg a Szerződés, kivéve, ha a lejáratot megelőzően a Biztosító és Szerződő megállapodnak a Szerződés megújításában, folytatásában.

C.9.3. A Szerződő jogutód nélküli megszűnése

A Szerződő jogutód nélküli megszűnése esetén az erről szóló határozatban feltüntetett megszűnés napjának leteltével a Szerződés megszűnik.

C.9.4. Rendes felmondás

A Szerződő vagy a Biztosító a határozatlan tartamú Szerződést **legkésőbb a biztosítási időszak végét megelőző 30 nappal írásban** felmondhatják a biztosítási időszak végére.

C.9.5. Közös megegyezés

A Szerződés a Felek közös megegyezésével bármikor megszüntethető.

C.10. AZ EGYES BIZTOSÍTOTTAKRA VONATKOZÓ KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE

Valamely Biztosítottra vonatkozóan megszűnik a kockázatviselés:

a) ha a Szerződés megszűnik, a Szerződés megszűnése napjának végével;

b) ha a Biztosítottnak a Szerződésbe bevont csoportokhoz való tartozása megszűnik (többek között kilépés, átszervezés, felfüggesztés, nyugdíjba vonulás miatt), a csoporttagság hónapjának végével;

c) annak a naptári évnek a végével, amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet;

d) a Biztosított halálakor.

C.11. A FELEKRE VONATKOZÓ EGYÉB JOGOK ÉS KÖTELEZETTSÉGEK

C.11.1. A Szerződő és Biztosított egyéb kötelezettségei

I. Közlési és tájékoztatási kötelezettség

A Szerződőt és a Biztosítottat egyaránt közlési kötelezettség terheli, amelynek értelmében a szerződéskötéskor, illetve a Biztosítottnak a Szerződésbe történő belépésekor mindannyian kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából minden olyan lényeges körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismertek vagy ismerniük kellett. A Biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő és a Biztosított közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.

A Biztosító a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból a Biztosított egészségi állapotára, tevékenységére vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

A Szerződés létrejötte előtt keletkezett, a Biztosítottat érintő egészségi panaszokat, betegségeket és baleseti következményeket a Biztosító által rendelkezésre bocsátott nyilatkozat kitöltésével a Biztosítottnak – a Biztosító kérésére – közölnie kell a Szerződés megkötése előtt. A közlési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől 5 év már eltelt. A változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító szolgáltatási

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

kötelezettsége továbbá, ha a változásbejelentési határidő leteltét követő naptól számított 5 év már eltelt.

A közlések alapján a Biztosító sajátos szerződési feltételeket szabhat (többek között egyedi díj, kockázatszűkítés vagy kockázatkizárás alkalmazása) vagy az ajánlatot elutasíthatja.

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

A Szerződő és a Biztosított felhatalmazást adnak a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére.

II. Változásbejelentési kötelezettség

A Szerződőnek a Biztosítót 5 napon belül tájékoztatnia kell a Szerződésben rögzített adatainak, jogállásának megváltozásáról (különös tekintettel név, székhely, e-mail cím, telefonszám).

Ennek elmulasztása esetén a jogkövetkezményeket a Szerződő viseli. A bejelentés elmulasztása esetén a Biztosító az általa ismert utolsó címre – beleértve az email címet is – joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

A Szerződő a Szerződés tartama alatt 30 napon belül írásban be kell jelentse a Biztosítottak foglalkozásának a vállalt kockázatra (például balesetveszélyre) ható lényeges megváltozását.

III. Szolgáltatási igény bejelentése (biztosítási esemény bejelentése)

A biztosítási szolgáltatás igénybevételének folyamatát és a teljesítéshez szükséges dokumentumok részletes leírását a KSZF tartalmazza.

C.11.2. A Biztosító felülbírálati jogai

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához saját orvosszakértőt vehet igénybe. A Biztosító orvosszakértőjének joga van – egyebek mellett – a szolgáltatás teljesítése szempontjából felülbírálni a gyógykezelés szükségességét és indokolt időtartamát.

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.

C.11.3. A Biztosító kötelezettségei

I. Tájékoztatási kötelezettség

A Biztosító köteles

- a) a Szerződő részére a Szerződéssel, a Szerződést érintő változással kapcsolatos minden szükséges tájékoztatást teljes körűen megadni;
- b) a Biztosítottat – kérésére – tájékoztatni a bejelentett szolgáltatási igénye rendezésének, kifizetésének státuszáról, illetve ezek esetleges akadályairól.

II. Szolgáltatási kötelezettség

A Biztosító a Szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes Szerződés feltételeinek és csoporttagsági adatközlőnek megfelelően nyújtja. Az érintett Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ellenőrzéséhez a Biztosító bekéri a Szerződőtől a szükséges adatokat, és kérheti a Biztosított állomány adatainak visszamenőleges ellenőrzési lehetőségét is. A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben vis maior (a Biztosító által előre nem látható, elháríthatatlan külső akadály) kizárja vagy korlátozza a teljesítést.

A Biztosító a pénzbeli szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését és egyértelmű azonosítását követő 15 napon belül teljesíti. Amennyiben a kért dokumentumok az első iratbekérő levél kiküldésétől számított 30 nap elteltével nem teljeskörűen érkeztek be, az iratok bekérését a Biztosító a beérkezést követő 15 napon belül megismétli. Ha a kért dokumentumokat az ismételt felhívás kiküldésétől számított 7 napon belül nem nyújtja be a szolgáltatásra jogosult, abban az esetben a Biztosító az igényt a rendelkezésre álló dokumentumok

▶ Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- ▶ Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

alapján bírálja el. A Biztosító az elbírálás eredményéről írásban vagy rögzített telefonon tájékoztatja a Biztosítottat. Amennyiben Biztosított a káresemény lezárását követően nyújtja be a szükséges dokumentumokat, a Biztosító újra nyitja a kárrendezési eljárást. A Biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.

C.11.4. A veszélyközösség védelme

A Biztosító a Biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében bizonyos esetekben jogosult megkereséssel fordulni más biztosítóhoz az e biztosító által kezelt egyes meghatározott adatok vonatkozásában [22]. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének.

A Biztosító baleset-, egészség-, illetve életbiztosítások teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti más biztosítótól:

- a) a Szerződő, a Biztosított, a Kedvezményezett azonosító adatait;
- b) a Biztosított adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
- c) az a) pontban meghatározott személyeket érintő korábbi és jelenlegi, az e fejezetben meghatározott szerződéstípusokba tartozó – a megkeresett biztosítónál megkötött – szerződésekkel kapcsolatosan:
 - a biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat
 - a szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázatfelméréshez szükséges adatokat és
 - a szolgáltatások teljesítési jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.

A Biztosító által megkeresett másik biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles átadni a Biztosítónak.

A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig, bizonyos esetekben tovább [23] kezelheti.

A Biztosító az e célból végzett megkeresésről és a megkeresés teljesítéséről, továbbá az abban szereplő adatok köréről az érintett ügyfelet a megkereséstől számított 30 napon belül értesíti.

A Biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat a tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal a fenti céltól eltérő célból nem kapcsolja össze.

C.12. MENTESÜLÉS

C.12.1. Jogellenesség, szándékosság, súlyosan gondatlan magatartás

A Biztosító mentesül a szolgáltatási, fizetési kötelezettsége alól, amennyiben bizonyítást nyer, hogy a betegséget, a balesetet, illetve az egészségkárosodást a Biztosított vagy a Szerződő jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlan magatartással [24] okozta.

C.12.2. A közlési, illetve változásbejelentési kötelezettség megsértése

A Szerződő vagy a Biztosított közlésre, illetve a változás bejelentésére irányuló kötelezettségének megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége csak akkor áll fenn, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében, illetőleg a betegségbiztosítási szolgáltatás esetében, ha a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől – változás-bejelentési kötelezettség esetén a bejelentési határidő leteltétől – a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt. A közlési, illetve változásbejelentési kötelezettség megsértésének minden egyéb esetében a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Ha a Szerződés több személyre vonatkozik, és a közlési vagy változás bejelentési kötelezettség megsértése ezek közül csak egyekkel összefüggésben merül fel, a Biztosító e kötelezettség megsértésére a nem érintett személyek esetén nem hivatkozhat.

A közlési kötelezettség egyaránt terheli a Szerződőt 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. A változásbejelentési kötelezettség a Szerződőt terheli.

A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási eseményt a megadott határidőn belül (D.5.1. pont) nem jelentik be, a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmény kideríthetetlenülé válik.

C.12.3. Díjvisszatérítés

A Biztosító mentesülése esetén a Szerződőt a biztosítási díjból semmilyen visszatérítés nem illeti meg.

C.13. ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

A biztosítási fedezet nem terjed ki azon eseményekre, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:

- a) harci cselekményekkel, háborús eseményekkel és terrorcselekményekkel, továbbá harci eszközök által okozott sérülésekkel, valamint katonai vagy polgári hatóságok rendelkezéseivel;**
- b) felkeléssel, lázadással, zavargással, fosztogatással, sztrájkokkal, tüntetéssel vagy bármilyen politikai szervezettel, illetve annak nevében fellépő személyekkel;**
- c) a felszabaduló nukleáris energiakárosító hatásával, mágneses/elektromágneses mező által okozott sérülésekkel;**

- d) radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);**
- e) valamely, a kockázatviselési idő kezdete előtt bekövetkezett balesettel, illetve a kockázatviselési idő kezdetét megelőzően kialakult vagy a kockázatviselési idő kezdetét megelőző előzménnyel rendelkező betegséggel;**
- f) olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekkel, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrénnel, a gerinc degeneratív betegségeivel (például a polidiszkopátia) és azok közvetett és közvetlen következményeivel;**
- g) plasztikai műtéttel, esztétikai kezeléssel vagy szépészeti és kozmetikai okból végzett kezelésekkkel;**
- h) versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;**
- i) a Biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;**
- j) különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, búvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi és vízi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak üzése közben bekövetkezett eseményekkel;**
- k) repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;**
- l) alkohol, drog vagy kábítószer, illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással, szolgáltatással és elvonókúrakkal;**
- m) orvosi, illetve egészségügyi végzettséggel vagy működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel;**
- n) az alábbi fertőző betegségekkel: TBC, tetanusz, veszettség, poliovírusok, kanyaró, mumpsz, rubeola, hepatitis B, C ví-**

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

rusfertőzés, diftéria, pertussis, trópusi betegségek (többek között malária, sárgaláz, kolera, Dengue-láz), SARS; továbbá olyan ember vagy állat által terjesztett bakteriális vagy vírusfertőzéssel, amely ellen a betegség diagnosztizálását megelőző 30. napon még nem rendelkeztek Magyarországon hatékony védőoltással, antibiotikummal vagy más gyógyszerrel;

- o) nem-konvencionális gyógyítási célú eljárásokkal, alternatív gyógyászzal, akupunktúrával, természetgyógyászati kezeléssel, tanácsadással;**
- p) a Biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményekkel;**
- q) szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezésekkel, sérülésekkel (ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is);**
- r) a Biztosított fegyveres szolgálatának teljesítése közben, illetve a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményekkel.**
- s) Betegség, baleset, illetve az egészségkárosodás (e pontban együtt: „esemény”) vonatkozásában súlyosan gondatlan magatartás által okozottnak minősül különösen:**
 - ha az esemény a Biztosított szándékosan elkövetett bűncselekményével kapcsolatban következett be;
 - ha az esemény a Biztosított 2,5 ezrelék véralkoholszintet, illetve 1,26 mg/l lég-alkoholszintet meghaladó súlyosan ittas vagy bódító, kábító vagy más hasonló hatású szertől befolyásolt állapotával vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével közvetlen okozati összefüggésben keletkezett;
 - ha az esemény a Biztosított érvényes jogosítvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be;
 - ha a Biztosított a jogszabályban vagy egyéb kötelező előírásban meghatározott személyi, tárgyi, műszaki, technikai, informatikai feltételek, továbbá biztonsági felszerelt-

ség hiányában végezte tevékenységét, és az eseményekkel összefüggésben keletkezett.

C.14. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

C.14.1. Az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó felelősség

A tényleges egészségügyi ellátást az ellátásszervezés keretében kijelölt egészségügyi szolgáltató nyújtja, amelynek tevékenységére az egészségügyi törvény rendelkezései vonatkoznak. Az orvosi és egészségügyi tevékenység hibás teljesítéséből adódó károkért az egészségügyi szolgáltató, és nem a Biztosító, tartozik helytállni. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások minőségével, a szolgáltatás színvonalával és az elkövetett orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az egészségügyi ellátást végző szolgáltatóhoz továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt kivizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszt tájékoztassa.

C.14.2. A jogszabályoktól, a szokásos vagy a korábbi szerződési gyakorlattól lényegesen eltérő rendelkezések

Jelen pont tartalmazza a Szerződés azon rendelkezéseit, amelyek a szokásos szerződési gyakorlattól, illetve a Ptk. rendelkezéseitől lényegesen eltérnek.

- A Felek a kapcsolattartásra és jognyilatkozatokra vonatkozó rendelkezések értelmében e-mailben is kommunikálhatnak egymással a B.1. pontban rögzítettek szerint.
- Az adatkezelésre, adatvédelemre vonatkozó GDPR-nak történő megfelelés érdekében a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések módosításra kerültek a B.3. pont szerint.
- A biztosítási szerződésből eredő igények elévülésére vonatkozó szabályok értelmében az elévülési idő az általános 5 év helyett 2 év a B.6. pontban rögzítettek szerint.

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A Biztosított a Szerződő helyébe nem léphet a C.1.3. pont szerint.
- A Szerződés csak írásban jöhet létre a B.1.1. és C.3. pontok értelmében.
- Díjnemfizetés esetén a Biztosító a szolgáltatást – a fizetés teljesítésére adott póthatáridő ideje alatt – korlátozhatja, illetve szüneteltetheti a C.9.1. pont szerint.
- Határozatlan idejű szerződések esetében a Biztosítót megilleti a rendes felmondás joga a C.9.4. pontban rögzítettek szerint.
- A díjfizetés kizárólag banki átutalással teljesíthető a C.7.1. pontban rögzítettek szerint.
- Az egyes biztosítottak vonatkozásában a biztosítási fedezet megszűnik annak a naptári évnek a végével, amelyben a Biztosított életkora eléri a 70. életévet a C.10. pontban leírtak szerint.

C.14.3. Lényeges eltérés a korábban alkalmazottól

Jelen pont felsorolva tartalmazza azon eltéréseket, amelyek a korábban alkalmazott szerződési feltételektől a jelen szerződési feltétel eltér:

- Pontosításra kerültek a panaszok bejelentésének módjai (B.2. pont),
- Pontosításra kerültek az adatkezelési meghatározások (B.3. pont),
- Új egészségügyi fogalmak kerültek bevezetésre és egyes fogalmak pontosításra kerültek (C.2. pont),
- Pontosításra kerültek a kizárások körének meghatározásai (C.13. és D.10. pontok),
- Pontosításra kerültek a biztosítási csomagok és szolgáltatások folyamatai (1.sz. függelék és D.5. és D.9. pontok),
- Pontosításra kerültek az utólagos térítés feltételei (D.5.2. pont),
- Pontosításra került a szűrővizsgálatok igénybevételének folyamata, csomag tartalmak (D.9.5. pont és 9. sz. függelék),
- Diagnosztikai ellátások szétválasztásra kerültek kis értékű és nagy értékű diagnosztikai ellátásokra (5.sz. függelék),
- Sebészeti beavatkozások köre bővült, függelékben új műtéti listák kerültek meghatározásra (6.sz., 7.sz., és 8.sz. függelék).

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

RÉSZLETES KIFEJTÉSEK

[15] **A sürgős szükség körébe tartozó életet veszélyeztető állapotokat és betegségeket** az 52/2006. (XII. 28.) EÜM rendelet melléklete részletezi (C.2.2 v) pont):

1. Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
2. Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embolia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma., syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)
3. Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion-háztartás életveszélyes zavarai
4. Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (Pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)
5. Eszméletlen állapotok
6. Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
7. Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés
8. Szepszis
9. Magas halálozású, vagy súlyos szövödmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása
10. Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés
11. Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai
12. Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői vérsejtképzés elégtelenségén alapuló heveny véresejthiány-állapot
13. Veszélyeztetett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély

14. Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
15. Mérgezések
16. Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhenkívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovariális tályog, kocsány-csavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vizelezés)
17. Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját vagy a légutakat érintő)
18. Elsődleges sebesség
19. Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
20. Compartement szindrómák
21. Nyílt törések és decollement sérülések
22. Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
23. Súlyos medencegyűrű törések
24. Politraumatizáció, többszörös sérülések
25. Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
26. Áramütés, elektrotrauma
27. Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hóguta
28. Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
29. Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
30. Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
31. Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövödményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

[16] A **Szerződés létrejöttére** vonatkozó további tudnivalók (C.3. pont):

- A Biztosító – kockázatkezelési szempontok miatt – az Ajánlaton szereplőnél magasabb díjat is megállapíthat, illetve az Ajánlatot egyéb módosításokkal is elfogadhatja. Ha a Kötvény tartalma az Ajánlattól eltér, és az eltérést Szerződő a Kötvény kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban nem kifogásolja, a Szerződés a Kötvény tartalma szerint jön létre. Ez a rendelkezés lényeges eltérésekre akkor alkalmazható, ha a Biztosító az eltérésre a Szerződő fél figyelmét a Kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a Szerződés az Ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.
- A Szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a hiánytalanul kitöltött Ajánlati dokumentációra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 napon belül – nem nyilatkozik, feltéve, hogy az Ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító által rendszeresített Ajánlati lapon és a díjszabásnak megfelelően tették. Ebben az esetben a Szerződés – az Ajánlat szerinti tartalommal jön létre.
- A Biztosítónak az Ajánlatot, annak beérkezését követő 15 napon belül, egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 napon belül indoklás nélkül elutasíthatja.
- Ha a Szerződés nem jön létre, a Biztosító a díjat kamatmentesen visszafizeti a Szerződő részére. Ha a kockázatfelbírálási idő (15 nap, egészségügyi kockázatfelmérés esetén 60 nap) alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az Ajánlatot a Biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az Ajánlat dokumentumban a figyelmet kifejezetten felhívta, és az igényelt biztosítási fedezet jellege vagy a kockázatviselés körülményei alapján nyilvánvaló, hogy az Ajánlat elfogadásához a kockázat egyedi elbírálása szükséges.

[17] Az új **Biztosított esetleges elutasítására** vonatkozó szabályozás (C.4. pont):

A Biztosító az új Biztosítottra vonatkozó adatközlés, valamint a Biztosított nyilatkozat beérkezését követő 15 napon belül – ha az adott Biztosítottra vonatkozó ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség, a beérkezést követő 60 napon belül – a Biztosított belépését elutasíthatja.

[18] A **biztosítási díj** mértékét meghatározó főbb tényezők (C.7.1. pont):

A biztosítási díj meghatározása a Szerződés tartalmának – így többek között a biztosított csoport(ok)ra jellemző veszélyességnek, a Biztosítottak létszámának, a biztosítási eseményeknek, a szolgáltatás időbeli jellegének, az egyes Biztosítottak korának, foglalkozásának és egészségi állapotának, a biztosítási összegeknek, a szolgáltatások körének és hozzájuk tartozó limiteknek, a díjfizetés gyakoriságának – **megfelelően történik**. A biztosítási díj a Biztosító költségeire és megtérülésére is fedezetet nyújt.

[19] A **díjfizetési gyakoriság megváltoztatása** (C.7.1. pont):

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.

[20] Az **első díjra** vonatkozó további szabályozás, **halasztott díjfizetés** (C.7.1. pont):

Amennyiben a Szerződés halasztott díjfizetéssel (vagy halasztott díjfizetéssel és egyben halasztott kockázatviselési kezdettel) jön létre, az első biztosítási díj legkésőbb a kockázatviselés kezdetétől (C.4. pont) számított 30. napon esedékes. A Biztosító az első díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a Szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget – a Kötvény szerinti kezdeti naptól **érvényesen – a biztosí-**

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

- A szerződés alanyai
- Fogalmak
- A szerződés létrejötte
- A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete
- A szerződés tartama, a biztosítási időszak és a biztosítási évforduló
- Biztosítási esemény, szolgáltatás, biztosítási csomag, szolgáltatási limit
- A biztosítási díj, a díjfizetés szabályai
- A szerződés módosítása
- A szerződés megszűnése, kockázatviselés megszűnése
- Az egyes biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés megszűnése
- A felekre vonatkozó egyéb jogok és kötelezettségek
- Mentésülés
- Általános kizárások
- Egyéb rendelkezések
- Részletes kifejtések

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

tási díjba beszámítja, az Ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a Szerződőnek.

[21] A Szerződést érintő lényeges körülményekről való tudomásszerzés pontosítása (C.8.2. pont):

A Biztosító által olyan lényeges körülményekről való tudomásszerzés,

- melyek a Szerződés hatálybalépését vagy valamely Biztosított Szerződésbe való belépését megelőzően már fennálltak (így például a Biztosított egészségi állapotával kapcsolatos körülményről), vagy
- melyek a Szerződés fennállása alatt megváltoztak,
- beleértve azt az esetet is, amikor a Szerződő vagy a Biztosított lényeges körülmények változását közli a Biztosítóval.

[22] A Biztosított veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében történő biztosítók közötti megkeresés részletes feltételei (C.11.4. pont):

a) A megkeresés

- a Bit. 149. §-ában biztosított felhatalmazás alapján,
- a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során,
- a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése érdekében,
- a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából történik.

b) A megkeresés a Bit. 149. § (3)–(6) bekezdése által meghatározott olyan adatokra vonatkozik, amelyeket a megkeresésbe bevont biztosító

- a Bit. 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint,
- a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével kezel.

c) A megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését.

[23] A Biztosító által a megkeresés során megkapott adatok kezelésére vonatkozó határidők (C.11.4. pont):

A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő 90 napig kezelheti.

Ha a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.

Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.

[24] Betegség, baleset, illetve az egészségkárosodás (e pontban együtt: „esemény”) vonatkozásában súlyosan gondatlan magatartásnak minősül különösen (C.12.1. pont): ha e tényt bíróság vagy más hatóság határozatával megállapította.

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

D) A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

A jelen KSZF-ben nem szabályozott kérdésekre az ÁSZF rendelkezései vonatkoznak. A KSZF-ben és az ÁSZF-ben leírtak ellentmondása esetén a KSZF-ben foglaltak az irányadók.

D.1. A BIZTOSÍTOTTRA VONATKOZÓ KIKÖTÉSEK

Biztosított az lehet, aki az alábbi feltételek mindegyikének eleget tesz:

- a rá vonatkozó kockázatviselés kezdetének évében még nem tölti be a 70. életévét;
- a biztosítás rá vonatkozó kezdete előtt még nem nyugdíjas, sem rokkantsági nyugdíjas, sem rehabilitációs ellátásban, sem rokkantsági ellátásban nem részesül, illetve munkaképesség csökkenés megállapítására irányuló kérelmet sem nyújtott be a mindenkori illetékes hatósághoz;
- a Szerződő munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében foglalkoztatja.

D.2. BIZTOSÍTÁSI CSOMAG, BIZTOSÍTÁSI FEDEZET

A Biztosító által előre összeállított – a biztosítási események és szolgáltatások meghatározott körét tartalmazó – Biztosítási csomag az 1. számú Függelékben található.

A Szerződő által választott Biztosítási csomag(ok), illetve az ezektől eltérően választott biztosítási fedezetek, valamint az alkalmazott szolgáltatási limitek az Ajánlati Dokumentációban kerülnek rögzítésre.

D.3. TERÜLETI HATÁLY

A Szerződés a Magyarország területén történő egészségügyi szolgáltatásokra nyújt fedezetet.

D.4. A BIZTOSÍTÓ ELLÁTÁSSZERVEZŐ PARTNERE

A Biztosító Ellátásszervező partnerének nevét és elérhetőségét a 2. számú Függelék tartalmazza.

D.5. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSÁNAK FOLYAMATA

D.5.1. Ellátásszervezőn keresztül igénybe vett egészségügyi ellátás

- A Biztosított az Ellátásszervezőnek a 2. számú Függelékben található **telefonszámon** és **időszakokban** jelentheti be az ellátásra vonatkozó igényét.

A Biztosított – amennyiben az Ajánlati Dokumentáció erre lehetőséget ad, az abban foglaltak szerint – egyes egészségügyi ellátásokra vonatkozó igényét a 2. számú Függelékben megadott **weboldalon** keresztül **online** is bejelentheti az Ellátásszervezőnek, illetve egyes, ott elérhető egészségügyi szolgáltatóknál időpontot is tud foglalni.

A telefonbeszélgetések és az online bejelentések rögzítésre kerülnek, így a későbbiekben visszakereshetők.

- Az ellátás igénylésekor – az Ellátásszervező kérésére – a kapcsolódó egészségügyi dokumentumokat a Biztosítottnak kell az Ellátásszervezőhöz eljuttatnia. Az Ellátásszervező a bejelentést, illetve a szükséges dokumentumok beérkezését követően:

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

• **Járóbeteg-szakellátás esetén:**

- Budapesten minden szakorvosi vizsgálatra 5 munkanapon belül, míg vidéken (Budapesten kívül) az alábbi szakmákban: belgyógyászat, szemészet, bőrgyógyászat, gasztroenterológia, nőgyógyászat, urológia, orr-fül-gégészet, kardiológia, általános sebészet, traumatológia, ortopédia, endokrinológia, tüdőgyógyászat, allergológia, reumatológia, diabetológia, neurológia, gyermekgyógyászat, 10 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, amennyiben a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot,
- minden egyéb szakmában: vidéken (Budapesten kívül) 20 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, amennyiben a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot.

• **Laborvizsgálat esetén:**

- Budapesten 10, míg vidéken (Budapesten kívül) 20 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, Biztosított által igényelt, ill. a kezelő orvosa által indikált vizsgálat vagy kezelés elvégzése céljából, amennyiben minden szükséges dokumentum az ellátásszervező rendelkezésére áll és a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot.

• **Kis értékű diagnosztika esetén:**

- Röntgen, ultrahang, nyugalmi EKG, mammográfia, Doppler, arteriográfia, csontsűrűségvizsgálat, légzésfunkciós vizsgálat diagnosztika esetén Budapesten 5, míg vidéken (Budapesten kívül) 10 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, Biztosított által igényelt, ill. a kezelő orvosa által indikált vizsgálat vagy kezelés elvégzése céljából, amennyiben minden szükséges dokumentum az ellátásszervező rendelkezésére áll és a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot,
- minden egyéb kis értékű diagnosztika esetében: Budapesten 10, míg vidéken (Budapesten kívül) 20 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, Biztosított által igényelt, ill. a kezelő orvosa által indikált vizsgálat vagy kezelés elvégzése céljából, amennyiben minden szükséges dokumentum az ellátásszervező rendelkezésére áll és a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot.

• **Nagy értékű képalkotó diagnosztikai vizsgálat és endoszkópos vizsgálatok esetén:**

- Budapesten 10, míg vidéken (Budapesten kívül) 20 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, Biztosított által igényelt, ill. a kezelő orvosa által indikált vizsgálat vagy kezelés elvégzése céljából, amennyiben minden szükséges dokumentum az ellátásszervező rendelkezésére áll és a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot.

• **Tervezhető sebészeti beavatkozások (egynapos sebészeti ellátás esetén és a tervezhető 24 órán túlnyúló fekvőbetegellátás esetén):**

- Budapesten egy hónapon belül, míg vidéken (Budapesten) 1,5 hónapon belül szervezi meg, Biztosított által igényelt, ill. a kezelő orvosa által indikált vizsgálat vagy kezelés elvégzése céljából, amennyiben minden szükséges dokumentum az ellátásszervező rendelkezésére áll és a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot.

• **Tervezhető betegszállítás esetén:**

- Budapesten és vidéken (Budapesten kívül) 2 munkanapon belül szervezi meg az ellátást, amennyiben minden szükséges dokumentum az ellátásszervező rendelkezésére áll és a biztosított elfogadja a felajánlott időpontot.

• **Második orvosi szakvélemény esetén:**

- Az Ellátásszervező a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a körelőzményre vonatkozó valamennyi lényeges információ rendelkezésére bocsátását követően legkésőbb a 15. munkanapon – a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon, kizárólag írásban (e-mailen, telefaxon, nyomtatott formában futárpostával) – magyar nyelven megküldi a Biztosítottnak D.9.4. pontba rögzítettek szerint.

• **Szűrővizsgálat esetén:**

- Az Ellátásszervező az igény bejelentését követő legkésőbb 30. napon tájékoztatja a Biztosítottat vagy a Szerződőt a szűrővizsgálat helyszínéről és időpontjáról a D.9.5. pontba rögzítettek szerint.

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Az igényelt ellátást a Biztosító nem finanszírozza az alábbi feltételek bármelyikének teljesülése esetén:

- ha arra a Szerződés biztosítási fedezete nem terjed ki,
- ha az a Biztosított által megküldött dokumentumok alapján orvosilag nem indokolt,
- ha az ellátási javaslatot – szakorvosi előírás, javaslat szükségessége esetén – nem arra illetékes orvos, szakorvos tette.

- Az ellátás helyszíne az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra a Biztosított igényének figyelembevételével.

A megszervezett ellátás helyszínéről, pontos időpontjáról – az igénybejelentés módjától függően – az Ellátásszervező vagy az Egészségügyi Szolgáltató telefonon vagy e-mailben tájékoztatja a Biztosítottat.

- Ha a Biztosított részére az ellátó további egészségügyi ellátást javasol, akkor ezt is előzetesen be kell jelentenie az Ellátásszervezőnek, aki indokoltság és a biztosítási fedezet megléte esetén, egy új időpontra megszervezi a további ellátásokat.
- Az **Ellátásszervező** minden esetben **vele szerződött egészségügyi szolgáltatóhoz** szervezi meg az ellátásokat.
- **Az ellátások költségét a Biztosító – az Ellátásszervező bevonásával – téríti meg közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak, kivéve, ha a Biztosított éves szolgáltatási limitje már kimerült, vagy a limitig még elkölthető összeg már nem fedezi teljes mértékben a szükséges ellátás várható költségét, amely esetben – az ellátás igénybevételekor – a Biztosítottnak kell kifizetnie az ellátás teljes költségét közvetlenül az ellátónak.**

A Biztosító a Biztosított által kifizetett teljes költségből utólagosan, az éves limit erejéig téríti meg az ellátás költségét.

Az utólagos térítés feltétele, hogy a Biztosított az alábbi dokumentumokat az Ellátásszervező postai címére vagy az Ellátásszervező email címére szkennelve az igénybe vett ellátás díjáról szóló számla kiállításától számított 8 napon belül megküldje:

- **kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt** (szolgáltatási igénybejelentő a Szerződőtől vagy az Ellátásszervezőtől kérhető, illetve a Biztosító honlapjáról is letölthető);
- az igénybe vett ellátáshoz kapcsolódó **teljes egészségügyi dokumentáció másolatát;**
- a Biztosított nevére kiállított **eredeti számlát.**
Vagy a Biztosított az utolsó két dokumentumot a www.mh24.hu weboldalon feltöltse.

A Biztosító – az Ellátásszervezőn keresztül – az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított 15 napon belül teljesíti a Biztosítottnak a dokumentumok és a szolgáltatási limit alapján a Szerződés szerint járó térítést.

Egyes biztosítási szolgáltatások esetében a fent írtaktól eltérhet a szolgáltatás igénybevételének folyamata. Ezek az eltérések a biztosítási események és szolgáltatások részletes leírásánál (D.9. fejezet) jelzésre kerülnek.

D.5.2. Nem az Ellátásszervezőn keresztül igénybe vett egészségügyi ellátás

Ha a Szerződés tartalmazza a Szakorvosi ellátás a Szabad orvos választás keretében biztosítási eseményt, és a Biztosított ehhez kapcsolódóan nem az Ellátásszervezőn keresztül veszi igénybe az ellátást, vagy a Házivizit keretében biztosítási eseményt, akkor ennek teljes költségét a Biztosítottnak kell megfizetnie közvetlenül az ellátónak.

Ez esetben a Biztosító – az Ellátásszervezőn keresztül – csak utólag, a D.5.1. pontban leírt dokumentumok www.mh24.hu weboldalon online feltöltését vagy szkennelve email címen vagy postai úton történő benyújtását követően és az ugyanott leírt határidőben, a Szerződésben rögzített biztosítási eseményekre és limitek erejéig, a Szerződésben, különösen a jelen D.9. fejezetében, rögzített szolgáltatási feltételek teljesülése esetén nyújt térítést a Biztosítottnak.

▶ A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- ▶ Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- ▶ Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- ▶ A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- ▶ Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

D.6. TÖBB ELLÁTÁS EGYÜTTES IGÉNYLÉSE AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐNÉL

Egy Biztosítottra vonatkozó több egészségügyi ellátási igény egyidejű bejelentése esetén az Ellátásszervező az orvosilag indokolt sorrendben szervezi meg az ellátásokat.

D.7. AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐ ÁLTAL MEGSZERVEZETT ELLÁTÁS LEMONDÁSA

A Biztosított a számára felajánlott ellátást az Ellátásszervezőnél telefonon térítésmentesen lemondhatja, vagy – online foglalás esetén – térítésmentesen online törölheti, feltéve, hogy az ellátás tervezett időpontja és a lemondás időpontja közé legalább 2 munkanap (szűrővizsgálat esetén 3 munkanap) esik.

Ha a tervezett ellátás a szervezés napjától számított 2 munkanapon belüli időpontra esik, úgy az időpontot legkésőbb a szervezés napján lehet az Ellátásszervezőnél telefonon térítésmentesen lemondani, vagy – online foglalás esetén – a foglalás napján térítésmentesen online törölni.

Amennyiben a Biztosított az egyeztetett időpontban nem jelent meg, és a fentebb jelzett határidőig a tervezett ellátást nem is mondta le, úgy a Biztosító az adott ellátásra vonatkozó éves limitösszeget csökkenti az elmaradt ellátásnak az ellátó által felszámított költségével, egyúttal az elmaradt ellátást is beszámítja a darabszámra vonatkozó limit érvényesítésénél.

D.8. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSÁRA VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és az ellátás költségeinek megtérítésén kívül más költségek megtérítésére nem terjed ki.

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

Biztosítási esemény csak olyan ellátás lehet, amelyet az Ellátásszervezőn keresztül vettek igénybe, kivéve a szabad orvos választás esetét (D.9.1. b) és D.9.3 III. pontok).

D.9. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEK ÉS BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁSOK

Általános szabályok

A Biztosító az ebben a fejezetben meghatározott biztosítási események (egészségügyi ellátások) bekövetkezése esetén szolgáltat, feltéve, hogy a Szerződés biztosítási fedezete kiterjed az adott biztosítási eseményre.

A szolgáltatás teljesítésének feltétele, hogy az alábbiak mindegyike teljesüljön:

- a biztosítási esemény a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési tartam alatt következzen be (a biztosítási események időpontja megegyezik az igénybe vett egészségügyi ellátás napjával a C.6. a) pontban írottak szerint);
- a biztosítási eseményt a kockázatviselési időn belül bekövetkezett baleset vagy a kockázatviselés időn belül kialakult, előzmény nélküli betegség váltsa ki;
- a biztosítási esemény orvosilag indokolt legyen (az orvosi indokoltság megállapításához a Biztosító, illetve az Ellátásszervező – szükség esetén – szakorvosi vélemény benyújtását is kérheti a Biztosítottól).

▶ A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- ▶ Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Az ellátások megszervezésére és igénybevételére az Ellátásszervező bevonásával, illetve a D.5.1. pontban jelzett weboldalon keresztül van lehetőség.

Az ellátások költségét a D.5. fejezetben írt feltételek fennállása esetén az ott leírtak szerint téríti meg a Biztosító.

A fentiekől eltérő eseteket az egyes biztosítási események és szolgáltatások leírása külön tartalmazza.

D.9.1. Járóbeteg-ellátás keretében végzett ellátások

I. a) Biztosítási esemény megnevezése:

Szakorvosi ellátás – AZ ELLÁTÁSSZERVEZŐ SZERVEZÉSÉBEN

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett járóbeteg-szakellátás az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- a szűrővizsgálat céljából végzett járóbeteg-szakellátás,
- D.9.2. pontban felsorolt, diagnosztika keretében végzett ellátások.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett járóbeteg-szakellátás költségét.

b) Biztosítási esemény megnevezése:

Szakorvosi ellátás

– A SZABAD ORVOS VÁLASZTÁS KERETÉBEN

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett járóbeteg-szakellátás nem az Ellátásszervező szervezésében.

NEM biztosítási esemény:

Megegyezik az I. a) pontban leírtakkal.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.2. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett járóbeteg-szakellátás költségét.

II. Biztosítási esemény megnevezése: DIETETIKAI TANÁCSADÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által előírt dietetikai szaktanácsadás az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett dietetikai szaktanácsadás költségét.

III. Biztosítási esemény megnevezése:

GYÓGYTORNÁ, FIZIKOTERÁPIA, GYÓGYMASSZÁZS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által előírt gyógytorna, gyógymasszázs vagy a 3. számú Függelékben felsorolt fizioterápiák az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett gyógytorna, gyógymasszázs, illetve fizioterápia költségét.

IV. Biztosítási esemény megnevezése:

PSZICHOLÓGIAI KONZULTÁCIÓ

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által javasolt pszichológiai konzultáció az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett pszichológiai konzultáció költségét.

▶ A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- ▶ Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

V. Biztosítási esemény megnevezése: HÁZIVIZIT

Biztosítási esemény:

A Biztosítottnak heveny tünete, hirtelen fellépő fájdalma, egészségromlása miatt az otthonában történő orvosi ellátása amely Biztosított által önálló szervezésében történik.

NEM biztosítási esemény:

– a **sürgős szükség** körébe tartozó egészségügyi ellátások.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.2. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett házivizit költségét.

A szolgáltatás feltétele továbbá, hogy az alábbi feltételek mindegyike teljesüljön:

- a Biztosított otthona, ahol az igény felmerült;
- a házivizit – az utólagos térítési igény bejelentése során jelzett panaszok és tünetek alapján – orvosilag indokolt legyen;
- a Biztosítottnak nehézséget okozzon egészségügyi szolgáltatót személyesen felkeresnie;
- a Biztosított egészségi állapota nem indokolja az Országos Mentőszolgálat közreműködését (például nincs akut mellkasi fájdalom, bénulás, görcsroham, fulladás).

D.9.2. Diagnosztika keretében végzett ellátások

I. Biztosítási esemény megnevezése: LABORVIZSGÁLAT

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, orvos által előírt, a 4. számú Függelékben felsorolt laborvizsgálatok az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

– a szűrővizsgálat céljából végzett laborvizsgálat.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett laborvizsgálat költségét.

II. Biztosítási esemény megnevezése:

KIS ÉRTÉKŰ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, orvos által előírt, az 5. számú Függelékben felsorolt kis értékű diagnosztikai vizsgálatok az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

– a szűrővizsgálat céljából végzett kis értékű diagnosztika.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett kis értékű diagnosztikai vizsgálatok költségét.

III. Biztosítási esemény megnevezése:

NAGY ÉRTÉKŰ DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által előírt, az 5. számú Függelékben felsorolt nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

– a szűrővizsgálat céljából végzett nagy értékű diagnosztika.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok költségét.

IV. Biztosítási esemény megnevezése:

ALTATÁS KÖLTSÉGE A TÜKRÖZÉSES (ENDOSZKÓPOS) VIZSGÁLATOK ESETÉN

Az erre a biztosítási eseményre vonatkozó fedezet csak a „Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok” fedezettel együtt választható.

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett altatás, szakorvos által előírt, alább felsorolt – altatásban is végezhető – tükrözéses (endosz-

▶ A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- ▶ Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

kópos) vizsgálatok esetén az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint:

- endoszkópos nyelőcsőtükrözés (oesophagoscopia)
- endoszkópos gyomortükrözés (gastroszcopia)
- endoszkópos vékonybélükrözés (enteroscopia)
- endoszkópos vastagbélükrözés (colonoscopia)
- endoszkópos húgyhólyagtükrözés (cystoscopia)
- endoszkópos hörgőtükrözés (bronchoszcopia)

NEM biztosítási esemény:

- a szűrővizsgálat céljából végzett altatásos tükrözéses (endoszkópos) vizsgálat altatási költsége,
- műtét keretében végzett tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatok altatási költsége

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg a tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatokhoz igénybe vett altatás költségét. Az altatás költsége az Altatásban végzett tükrözéses vizsgálatokra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére, míg a tükrözéses vizsgálat költsége a Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatokra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére kerül megtérítésre.

D.9.3. Műtéti ellátások

I. Biztosítási esemény megnevezése: AMBULÁNS MŰTÉT

Biztosítási esemény:

A Biztosítottnon elvégzett, szakorvos által előírt ambuláns műtét az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az elvégzett ambuláns műtét költségét és a beavatkozás esetén vett szövettan költségét.

II. Biztosítási esemény megnevezése:

ALAP SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK

Biztosítási esemény:

A betöltött 18 és 70 éves Biztosítottnon elvégzett, szakorvos által előírt, a 6. számú Függelékben felsorolt alap sebészeti beavatkozások az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- az alap sebészeti beavatkozások listában nem szereplő műtétek
- sürgősségi műtétek.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett alap sebészeti beavatkozás költségét az ellátónak.

E költség részét képezik a műtét elvégzéséhez szükséges aneszteziológiai szakorvosi vizsgálat, labor- és diagnosztikai vizsgálatok, továbbá amennyiben szükséges vérkészítmények díja, melyek az Alap sebészeti beavatkozásokra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére kerülnek megtérítésre. Amennyiben az egyágyas szoba felárral kérhető, akkor ezt önköltségen a Biztosítottnak kell fizetnie.

III. Biztosítási esemény megnevezése:

EMELT SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK

Biztosítási esemény:

A betöltött 18 és 70 éves Biztosítottnon elvégzett, szakorvos által előírt, a 7. számú Függelékben felsorolt emelt sebészeti beavatkozások az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- az emelt sebészeti beavatkozások listában nem szereplő műtétek
- sürgősségi műtétek

Ügyféléjékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF“)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF“)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
 - Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
 - Területi hatály
 - A biztosító ellátásszervező partnere
 - A biztosító szolgáltatásának folyamata
 - Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
 - Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
 - A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
 - Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
 - Kizárások
-

Függelékek

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett emelt sebészeti beavatkozások költségét az ellátónak.

E költség részét képezik a műtét elvégzéséhez szükséges aneszteziológiai szakorvosi vizsgálat, labor- és diagnosztikai vizsgálatok, továbbá amennyiben szükséges vérvizsgálatok díja, melyek az Emelt sebészeti beavatkozásokra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére kerülnek megtérítésre. Amennyiben az egyágyas szoba felárral kérhető, akkor ezt önköltségen a Biztosítottnak kell fizetnie.

IV. Biztosítási esemény megnevezése:

GYERMEK SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK

Biztosítási esemény:

A betöltött 1 és 18 éves Biztosított elvégzett, szakorvos által előírt, a 8. számú Függelékben felsorolt sebészeti beavatkozások az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

NEM biztosítási esemény:

- a gyermek sebészeti beavatkozások listában nem szereplő műtétek
- sürgősségi műtétek

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett emelt sebészeti beavatkozások költségét az ellátónak.

E költség részét képezik a műtét elvégzéséhez szükséges aneszteziológiai szakorvosi vizsgálat, labor- és diagnosztikai vizsgálatok, továbbá amennyiben szükséges vérvizsgálatok díja, melyek az Gyermekek sebészeti beavatkozásokra vonatkozó szolgáltatási limit erejéig és terhére kerülnek megtérítésre. Amennyiben az egyágyas szoba felárral kérhető, akkor ezt önköltségen a Biztosítottnak kell fizetnie.

D.9.4. Kiegészítő szolgáltatások

I. Biztosítási esemény megnevezése:

ORVOSI ASSZISZTENCIA SZOLGÁLTATÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított aktuális egészségi állapotához kapcsolódóan táv-szolgáltatással történő segítség igénybevétele az Ellátásszervező által üzemeltetett Orvosi Call Centerbe irányuló telefonhívással, vagy – amennyiben az Ajánlati Dokumentáció erre lehetőséget ad – online, az Ellátásszervező által üzemeltetett weboldalon keresztül.

Az Orvosi Call Center telefonszámát valamint a weboldal internetes címét a 2. számú Függelék tartalmazza.

A biztosítási esemény időpontja:

A telefonhívás vagy online megkeresés fogadásának időpontja.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosítottól beérkező telefonhívásokat, vagy online megkereséseket a hét minden napján, napi 24 órában szakképzett operátorok vagy orvosok fogadják, és tájékoztatást adnak az alábbi kérdésekben:

- betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatosan;
- gyógyszerek összetétele, alkalmazhatósága, mellékhatásai, helyettesíthetősége, ára;
- orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletek elérhetősége;
- ügyeletes gyógyszertárak elérhetősége;
- egészségügyi intézmények elérhetősége.

Az Ellátásszervező az orvosi asszisztencia szolgáltatás keretében receptfelírást, kórházba, járóbeteg-szakellátásra történő beutalást, személyes betegvizsgálatot nem végez.

Teljes körű, pontos diagnózis felállítása és a helyes kezelés megválasztása telefonbeszélgetés, illetve online megkeresésre adott válasz alapján nem lehetséges, így a **telefonon vagy online történő orvosi konzultáció nem helyettesíti személyes orvos-beteg találkozást és a Biztosított személyes vizsgálá-**

▶ A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- ▶ Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

latát. Ezért a telefonon vagy online adott információért, annak téves értelmezéséért, illetve helytelen felhasználásáért sem a Biztosító, sem az Ellátásszervező nem vállal felelősséget.

Az Ellátásszervező a telefonbeszélgetéseket, az online megkezeséseket, és az azokra adott válaszokat rögzíti, a tudomására jutott személyes adatokat, információkat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a Biztosított kérdéseinek megválaszolása céljából használja fel, és harmadik fél részére nem adja tovább, kivéve a Biztosító részére a Szerződés teljesítéséhez szükséges adat-szolgáltatás, valamint a jogszabályokban előírt kötelező adat-szolgáltatás eseteit.

Az Ellátásszervező által az orvosi asszisztencia szolgáltatás keretében nyújtott szolgáltatás költségei a Biztosítót terhelik.

II. Biztosítási esemény megnevezése:

MÁSODIK ORVOSI VÉLEMÉNY

Biztosítási esemény:

A Biztosítottnak a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége esetén a betegségekre vonatkozó – általában külföldi szakorvos által készített – orvosi távszakvélemény (második orvosi vélemény) elkészítésének kérése az alkalmazandó gyógykezelés megerősítése vagy pontosítása céljából.

Második orvosi véleményt kizárólag az alábbi betegségek, kórképek, illetve állapotok esetén lehet kérni:

- az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedések,
- szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképek,
- szervátültetést szükségessé tevő kórképek,
- idegsebészeti eljárást szükségessé tevő kórképek,
- az idegrendszer degeneratív betegségei,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok,
- az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozást igénylő kórképek.

A biztosítási esemény időpontja:

A második orvosi szakvéleményre vonatkozó kérés Ellátásszervezőhöz történő beérkezésének időpontja.

Biztosítási szolgáltatás:

Az Ellátásszervező elismert orvossalakértők és kórházak nemzetközi hálózatának felhasználásával kiválasztja a szakorvos(oka)t a második orvosi vélemény elkészítése céljából. Az Ellátásszervező a Biztosított kérésére rendelkezésre bocsátja a szakértők és kórházak elérhetőségét.

Az Ellátásszervező a távszakvéleményt a Biztosított által a rendelkezésére bocsátott információk és orvosi dokumentáció alapján készítteti el. A szolgáltatásnak nem része sem orvosi vizsgálat, sem személyes orvos-beteg találkozás. Az Ellátásszervező kijelöl egy esetfelelőst, aki a Biztosítottól elkéri a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi leleteket és információkat.

A teljesítés módja, ideje:

Az Ellátásszervező a Biztosított kórelőzményéről és a kérdéseiről – amennyiben szükséges – összefoglalót készít, melyet továbbít az általa kiválasztott szakértő(k)nek. Az Ellátásszervező a szakértő(k) véleményét tartalmazó orvosi jelentést a kórelőzményre vonatkozó valamennyi lényeges információ rendelkezésére bocsátását követően legkésőbb a 15. munkanapon – a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon, de mindenképpen írásban (e-mailen, telefaxon, nyomtatott formában futárpostával) – magyar nyelven megküldi a Biztosítottnak, továbbá megküldi az orvosi szakvélemény angol nyelvű eredeti szövegét is, amennyiben az nem magyar nyelven készült. Eltérés esetén az angol nyelvű orvosi szakvéleményben foglaltak az irányadók.

Az Ellátásszervező által nyújtott második orvosi vélemény a benyújtott adatok megbízhatóságától, pontosságától és teljességétől függ.

A Biztosított által kapott második orvosi vélemény nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely orvosi döntés meghozatalához szemé-

▶ A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- ▶ Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Ilyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.

Sem a Biztosító, sem az Ellátásszervező nem vállal felelősséget a nyújtott információ helytelen értelmezéséért vagy felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként, és jogi eljárásban nem használható fel.

E szolgáltatással kapcsolatban a Biztosító az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított három hónap várakozási időt köt ki, mely időszakon belül benyújtott betegségi kérelmekre a Biztosító nem nyújt szolgáltatást.

A második orvosi vélemény elkészítésének költségei a Biztosítót terhelik.

III. Biztosítási esemény megnevezése: BETEGSZÁLLÍTÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett, szakorvos által elrendelt tervezhető, betegszállító gépjárművel történő betegszállítás egészségügyi intézménybe vagy onnan a Biztosított otthonába, az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

A biztosítási esemény időpontja:

Az igénybe vett betegszállítás megkezdésének napja.

Biztosítási szolgáltatás:

Az Ellátásszervező megszervezi, hogy az igény bejelentését követő 2 munkanapon belül a betegszállítást; a Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg a betegszállítás költségét.

A Biztosító a betegszállítást Magyarország területén a kórházak 50 km-es sugarú körzetében biztosítja.

A szolgáltatás **feltétele** továbbá, hogy az alábbi feltételek mindegyike teljesüljön:

- mentőápolói felügyeletre orvosi szempontból nincs szükség;
- az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható.

D.9.5. Szűrés

I. Biztosítási esemény megnevezése: SZŰRŐVIZSGÁLAT

Biztosítási esemény:

A Biztosított által igénybe vett – a 9. számú Függelékben felsorolt szűrővizsgálatok közül az Ajánlati Dokumentációban meghatározott – szűrővizsgálat az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

A biztosítási esemény időpontja:

A szűrővizsgálat megkezdésének a napja.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító biztosítási időszakonként egy, a Biztosított által az adott időszakban igénybe vett szűrővizsgálat költségét téríti meg a D.5.1. pontban írottak szerint.

A Biztosított vagy a Szerződő telefonon vagy online a www.mh24.hu weboldalon jelzi az Ellátásszervező felé a szűrővizsgálat iránti igényét. Az Ellátásszervező a Biztosított szűrővizsgálat helyszínére vonatkozó igényét figyelembe veszi, de nem garantálja, hogy a Biztosítottra vonatkozó szűrővizsgálati csomagban szereplő összes vizsgálat egy helyszínen, illetve egy napon történik. Az Ellátásszervező megszervezi a Biztosított részére a szűrővizsgálatok elvégzését, amelynek pontos helyéről és időpontjáról az igény bejelentését követően lehetőség szerint legkésőbb 30. napon tájékoztatja a Biztosítottat vagy a Szerződőt. A fenti szervezési időintervallum nem a szűrővizsgálati időpont megvalósulására, hanem a szűrővizsgálatok megszervezésére vonatkozik. A szűrővizsgálatok helyszíne és időpontja az egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra a Biztosított igényének figyelembevételével. A szerződésben rögzített szűrőcsomag tartalma nem megbontható, azaz, ha a Biztosított nem kér az első jelentkezésnél minden szűrőelemet, azokat (nem kért szűrőelemeket) a folyó biztosítási évben már nem veheti igénybe.

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

II. Biztosítási esemény megnevezése: FOGÁSZATI SZŰRÉS

Biztosítási esemény:

A Biztosított által Budapesten igénybe vett – fogorvosi vizsgálatot tartalmazó és ezen alapuló kezelési tervet meghatározó – fogászati szűrővizsgálat az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító biztosítási időszakonként minden – a 18. életévét betöltött – Biztosítottra egy, az adott időszakban igénybe vett fogászati szűrővizsgálat költségét téríti meg a D.5.1. pontban írottak szerint.

A Felek a fogászati szűrővizsgálat igénybevételének részletes folyamatát az Ajánlati Dokumentációban rögzítik.

D.9.6. Influenza elleni védőoltás

Biztosítási esemény megnevezése:

INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁS

Biztosítási esemény:

A Biztosított számára influenza elleni védőoltás beadása az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

Biztosítási szolgáltatás:

Az Ellátásszervező biztosítási időszakonként egyszer megszervezi az influenza vakcina beszerzését és beadását; a Biztosító D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg ezek a költségét.

D.9.7. Terhesgondozás

Biztosítási esemény megnevezése: TERHESGONDOZÁS

Biztosítási esemény(ek):

A Biztosított számára – a kockázatviselési tartamon belül megállapított terhessége miatt – szükségessé és esedékessé vált, és a rá vonatkozó kockázatviselés tartam alatt igénybe vett, a 10. számú

Függelékben felsorolt terhesgondozási ellátások az Ellátásszervező szervezésében a D.5.1. pontban írottak szerint.

A biztosítási esemény(ek) időpontja:

Az egyes igénybe vett terhesgondozási ellátások napjai.

Biztosítási szolgáltatás:

A Biztosító a D.5.1. pontban írottak szerint téríti meg az igénybe vett terhesgondozási ellátások költségeit.

D.10. KIZÁRÁSOK

Az ÁSZF-ben meghatározott általános kizárásokon (C.13. pont) túl a biztosítási fedezet nem terjed ki azokra az eseményekre sem, amelyek közvetlenül vagy közvetve összefüggésben állnak:

- a) HIV fertőzéssel továbbá a szexuális úton átvihető egyéb betegségekkel (STD), kivéve a HIV-teszt és más szexuális úton terjedő betegségek kiszűrésére végzett laborvizsgálatot;
- b) öröklött és veleszületett betegségekkel vagy rendellenességgel;
- c) geriátriai és hospice kezelésekkel;
- d) pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkel, kivéve a Szerződésben vállalt pszichológiai konzultációkat;
- e) somnographia, polysomnographia, alvásrendszervi alvásvizsgálattal;
- f) dialízis kezeléssel, művesekezeléssel;
- g) krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, kezelésével, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, kezelésük első beállítását, akut szakaszaik akut ellátását és a betegség akut szakaszában történő kezelése részeként elrendelt gyógyszerek felírását;
- h) a nem megváltoztatásával, függetlenül attól, hogy az egészségügyi vagy egyéb célból történik;
- i) meddőség miatt végzett vizsgálatokkal;

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

- j) meddőség kezelésével kapcsolatos ellátásokkal, különösen 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);
- k) fogamzásgátlással, meddővé tétellel, sterilizáló műtétekkel;
- l) terhesség-megszakítással, kivéve a méhen kívüli terhesség miatti ellátással;
- m) fogászati, szájsebészeti szakorvosi vizsgálatok, illetve fogászati, szájsebészeti problémával kapcsolatban végzett kezelésekkal, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel;
- n) orrsövényferdülés kezelésével;
- o) a szaruhártyán végzett látásjavító korrekciós műtétekkel (többek között PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK);
- p) a Biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével kapcsolatos eseményekkel (ide nem értve a terhesség-megállapítást), kivéve a Szerződésben vállalt terhesgondozási szolgáltatást;
- q) a szerv- és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokkal;
- r) a nem standard (alapkategóriájú) implantátumok, protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beültetésével;
- s) IUD beszerzésének költségével bele nem értve annak felhelyezési költségét, amennyiben nem fogamzásgátlás a célja;
- t) reumatológiai kezelésekkal, kivéve, ha akut állapotrosszabbodás megszüntetésére irányulnak;
- u) a járóbeteg-ellátás keretében biztosított védőoltás beadásával és vakcinájának beszerzésével, kivéve a Szerződésben vállalt influenza elleni védőoltást;
- v) genomika teszttel végzett széklet laborvizsgálattal;
- w) hajdiagnosztika vizsgálattal;
- x) kapszula endoszkópia vizsgálattal;
- y) CT-lézer mammográfia vizsgálattal;
- z) lézeres körömgomba kezeléssel;
- aa) sztereotaxiás biopszia mintavétellel;
- bb) injekciók beadásával, amelyek összefüggnek az állapotfenntartó injekció, infúziós kezelések (pl.: akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák, különböző porcpótló hatóanyagú injekciók beadásával) és egyéb kúraszerű kezelések igénybevételeivel;
- cc) PRP (saját vér) terápiával;
- dd) fúziós biopsziával;
- ee) rezüm prosztatata kezeléssel;
- ff) inkotencia eszközös vagy műtéti kezeléssel (pl.: intimlézer);
- gg) robottechnikai vagy robotasszisztált műtétekkel;
- hh) mesterséges intelligencia alapú videodermatoszkópiás vizsgálattal;
- ii) FABBER és ALEX allergia tesztekkel végzett vizsgálatokkal;
- jj) MAIA mikroperimetriás rehabilitációs biofeedback kezelés és a kezeléshez szükséges előzetes, illetve kapcsolódó el-látásokkal;
- kk) testsúlyredukciós céllal elvégzett gyomorműtétet (gyomor-bypass, Steeve-műtét, stb.) vagy egyéb okból végzett gyomorműtétet követően, a megváltozott anatómiai állapot miatt szükségessé váló vizsgálatokkal;
- ll) alsó végtagi visszerességi injekciós, lézeres, radiofrekvenciás vagy egyéb műtéti kezeléssel;
- mm) onkológiai gondozás, kivéve az elsődleges ellátás (kemoterápia, sugárterápia, műtéti beavatkozás) megkezdéséig az ellátásban közvetlenül résztvevő orvos javaslatára elvégzett vizsgálatokkal;

Ügyféléjtájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

- A biztosítottra vonatkozó kikötések
- Biztosítási csomag, biztosítási fedezet
- Területi hatály
- A biztosító ellátásszervező partnere
- A biztosító szolgáltatásának folyamata
- Több ellátás együttes igénylése az ellátásszervezőnél
- Az ellátásszervező által megszervezett ellátás lemondása
- A biztosító szolgáltatására vonatkozó általános rendelkezések
- Biztosítási események és biztosítási szolgáltatások
- Kizárások

Függelékek

- nn*) körülmetélés, fitymaszűkület ambuláns műtétként történő elvégzésével;
- oo*) pajzsmirigy abláció vagy teljes pajzsmirigy eltávolítás ambuláns műtétként történő elvégzésével;
- pp*) videodermatoszkópia vizsgálattal;
- qq*) egészségügyi ellátás keretében végzett orvosszakértői tevékenységgel, szakvélemény orvosi alkalmassági vizsgálattal, foglalkozásegészségügyi szakellátással;
- rr*) emberen végzett orvostudományi kutatásokkal;
- ss*) kísérleti eljárásnak nyilvánított eljárásokkal;
- tt*) halottakkal kapcsolatos egészségügyi szolgáltatásokkal
- uu*) járványügyi érdekből végzett ellátásokkal (figyelembe véve az aktuális protokollokat);
- vv*) szűrővizsgálatokkal, állapotfelmérésekkel kivéve a szolgáltatási csomag részét képező szűrővizsgálatokat;
- ww*) tüdőgyógyászati gondozással;
- xx*) addiktológiai gondozással;
- yy*) Hepatitis C betegek gondozásával;
- zz*) gyógypedagógiai, logopédiai kezeléssel;

- aaa*) intenzív betegellátással;
- bbb*) sürgősségi ellátással, vagy vizsgálattal, életveszély elhárításával;
- ccc*) rehabilitációs kezelésekkal, kivéve a gyógytorna, fizioterápia, gyógymasszázs, amennyiben erre vonatkozó külön biztosítási fedezettel rendelkezik a Biztosított;
- ddd*) Magyarországon elfogadott és a magyarországi egészségügyi szolgáltatóknál általánosan alkalmazott orvosszakmai protokollok által nem támogatott ellátásokkal;
- eee*) az egészségügyi ellátás, az orvosi ellátás következtében, annak következményeként elszenvedett ártalom miatt létrejött egészségkárosodással;
- fff*) a gyógykezelés során be nem tartott orvosszakmai előírásokkal, és emiatti ismételt műtétekkel, kezelésekkal, illetve orvosi műhibával;
- ggg*) étel-intolerancia vizsgálatokkal (ide értve az IgG típusú élelntolerancia tesztekkel; FOOD tesztet; DAO-tesztet; cöliákia genetikai vizsgálatát), kivéve ha a Szerződés tartalmazza; a C.13. és a jelen pontban felsorolt kizárt eseményekhez kapcsolódó ellátások nem minősülnek biztosítási eseménynek.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- ▶ 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- ▶ 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- ▶ 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- ▶ 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- ▶ 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- ▶ 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- ▶ 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- ▶ 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- ▶ 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- ▶ 10. számú Függelék
Terhesgondozás

BIZTOSÍTÁSI CSOMAGOK

	Szolgáltatási csomagok	Bázis 2.0	Standard 2.0	Optimum 2.0	Prémium 2.0
Ellátás-szervezés	Egészségügyi ellátások megszervezése	✓	✓	✓	✓
Járóbeteg szakellátás	Szakorvosi ellátás – az Ellátásszervező szervezésében	300 000 Ft/év	300 000 Ft/év	korlátlan	korlátlan
	Szakorvosi ellátás – a szabad orvos választás keretében				
	Dietetikai tanácsadás	1 alkalom/év	1 alkalom/év	2 alkalom/év	2 alkalom/év
	Gyógytorna, fizioterápia, gyögmasszázs	–	–	10 alkalom, de maximum 100 000 Ft/év	10 alkalom, de maximum 100 000 Ft/év
Diagnosztika	Pszichológiai konzultáció	–	–	–	5 alkalom, de maximum 75 000 Ft/év
	Laborvizsgálat	50 000 Ft/év	100 000 Ft/év	200 000 Ft/év	korlátlan
	Kis értékű diagnosztikai vizsgálatok	100 000 Ft/év	150 000 Ft/év	200 000 Ft/év	korlátlan
	Nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok	300 000 Ft/év	300 000 Ft/év	korlátlan	korlátlan
Műtéti ellátások	Altatás költsége az altatásban végzett tükrözéssel (endoszkópos) vizsgálatok esetén	50 000 Ft/év	50 000 Ft/év	100 000 Ft/év	korlátlan
	Ambuláns műtét	Szakorvosi ellátás esetében alkalmazott limit terhére	Szakorvosi ellátás esetében alkalmazott limit terhére	Szakorvosi ellátás esetében alkalmazott limit terhére	Szakorvosi ellátás esetében alkalmazott limit terhére
	Alap sebészeti beavatkozások	300 000 Ft/év	350 000 Ft/év	600 000 Ft/év	–
Kiegészítő szolgáltatások	Emelt sebészeti beavatkozások	–	–	–	3 500 000 Ft/év
	Orvosi asszisztencia szolgáltatás (24 órás call + online)	✓	✓	✓	✓
	Második orvosi vélemény	✓	✓	✓	✓
Szűrés	Betegszállítás	–	–	150 000 Ft/év	150 000 Ft/év
	Szűrővizsgálat (évente egy alkalommal)	–	Alap 2.0	Emelt 2.0	Emelt 2.0
Egyéb előnyök	Fogászati szűrés (Budapesten évente egy alkalommal)	–	–	–	✓
	Szolgáltatói díjkezdvevények a biztosítással nem fedezett szolgáltatásokra	✓	✓	✓	✓

Ügyféléjtájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- ▶ *1. számú Függelék*
Biztosítási csomagok
 - *2. számú Függelék*
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - *3. számú Függelék*
Fizioterápiás kezelések
 - *4. számú Függelék*
Laborvizsgálatok
 - *5. számú Függelék*
Diagnosztika vizsgálatok
 - *6. számú Függelék*
Alap sebészeti beavatkozások
 - *7. számú Függelék*
Emelt sebészeti beavatkozások
 - *8. számú Függelék*
Gyermek sebészeti beavatkozások
 - *9. számú Függelék*
Választható szűrővizsgálatok
 - *10. számú Függelék*
Terhesgondozás
-

Biztosítási Szerződéshez kapcsolódó további előnyök

A Biztosított az Ellátásszervezővel szerződött egyes egészségügyi szolgáltatónál 5–20%-os szolgáltatói díjkedvezményt vehet igénybe a biztosítás által nem fedezett (vagy limittúllépés miatt már nem fedezett) egyes egészségügyi ellátásokra.

A díjkedvezmény igénybevétele nem kötött ellátásszervezéshez, a Biztosított is foglalhat időpontot a kiválasztott szolgáltatónál. A díjkedvezményre való jogosultság a 2. számú Függelékben megadott, az Ellátásszervező által üzemeltetett honlapon keresztül elérhető szolgáltatói kuponok kinyomtatásával vagy letöltésével igazolható.

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
 - ▶ 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
 - 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
 - 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
 - 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
 - 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
 - 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
 - 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
 - 10. számú Függelék
Terhesgondozás
-

BIZTOSÍTÓ ELLÁTÁSSZERVEZŐ PARTNERÉNEK RÉSZLETES ADATAI

Teljes név: Teladoc Hungary Kft.
Székhely: 1083 Budapest, Szigony utca 26–32.
E-mail címe: operation@teladoc.hu

A Szolgáltatási (ellátási) igény bejelentése, illetve az orvosi asszisztencia szolgáltatás igénybevétele az alábbi módokon történhet:

Telefonon: a +36-1-461-1528 telefonszámon
Online: a www.mh24.hu honlapon

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
 - 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - ▶ 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
 - 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
 - 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
 - 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
 - 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
 - 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
 - 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
 - 10. számú Függelék
Terhesgondozás
-

FIZIKOTERÁPIÁS KEZELÉSEK

- Lökéshullám terápia
- Lézerterápia
- Elektroterápia
- Ultrahang terápia
- Nyirokmasszázs terápia
- Mágnesoterápia

és ezek alfajai.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
 - 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
 - 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
 - ▶ • 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
 - 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
 - 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
 - 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
 - 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
 - 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
 - 10. számú Függelék
Terhesgondozás
-

LABORVIZSGÁLATOK

- vérvizsgálatok,
- vizeletvizsgálat,
- székletvizsgálat,
- fertőzésvizsgálatok,
- hormonvizsgálatok,
- immunológiai vizsgálatok,
- daganatos betegségek kiszűrése,
- HIV-teszt és más szexuális úton terjedő betegségek vizsgálata,
- genetikai vizsgálatok,
- mérgezések vizsgálata.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

DIAGNOSZTIKA VIZSGÁLATOK

Kis értékű diagnosztika vizsgálatok

- a nőgyógyászati és aspirációs citológiai vizsgálatok: szabadkezes aspirációs citológia (FNAB), ultrahang vezérelt aspirációs citológia (FNAB), ultrahang vezérelt vastagtű (core) biopszia szövettannal
- EKG: nyugalmi EKG, terheléses EKG, Holter EKG
- ultrahang (UH),
- röntgen,
- mammográfia,
- Doppler- illetve arteriográfus érvizsgálat,
- hallásvizsgálat: audiometria, BERA, Tympanometria,
- bőr- illetve anyajegy-vizsgálat kivéve videodermatoszkópia,
- csontsűrűség-vizsgálat: DEXA, ODM sarokcsontból végzett vizsgálat,
- szem- és látásvizsgálat: Hertel-féle exophthalmometria, számítógépes látótérvizsgálat, réslámpával történő látótérvizsgálat, OTC vizsgálat (macula, retina, látóideg),
- nyelészvizsgálat,
- allergiateszt bőrön illetve allergének kimutatása vérből,
- sejt- és szövétvizsgálatok (a kis értékű diagnosztikai listában felsorolt téríthető vizsgálatok során elvégzett szövettani vizsgálatok költsége),
- az agy és izmok, illetve idegek elektromos aktivitásának vizsgálata (EEG, EMG, ENG),
- érrendszeri vizsgálatok és angiográfia, enterográfia,
- radioizotópos vizsgálatok,
- ízületi tűszúrásos vizsgálatok,
- légzésfunkció vizsgálata,
- ABPM (24 órás vérnyomásmérés) vizsgálat;
- H2 és helicobakter kilégzési tesztek,
- ambuláns poligráfias alvásvizsgálat.

Nagy értékű diagnosztika vizsgálatok

- MRI, CT, PET,
- tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatok (altatás nélkül értendőek, mivel az altatási költségekre külön biztosítási fedezet vonatkozik)
- sejt- és szövétvizsgálatok (a nagy értékű diagnosztikai listában felsorolt téríthető vizsgálatok során elvégzett szövettani vizsgálatok költsége),

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

ALAP SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK

Betöltött 18 éves és maximum 70 éves biztosítottokra vonatkozó sebészeti beavatkozások

Fül-Orr-Gégészet

OENO kód	Megnevezés
52120	Mucotomia nasi
52121	Polypectomia ethmoidektomia nélkül az orrüregből
52150	Turbinectomia, conchotomia, operculumresectio
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52271	Endoscopos (mikroszkópos) rostuműtétek (FES)
52272	Endoscopos (mikroszkópos) sphenoidotomia
52750	Lágyszájpadplasztika
52760	Resectio uvulae
53002	Microlaryngoscopiás műtét
53003	Mikrolaryngoscopias műtét LASER-rel

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Nőgyógyászat

OENO kód	Megnevezés
56710	Conisatio portionis uteri
56720	Cervix elváltozás kimetszése
56721	Kryoconisatio portionis
56722	Electroconisatio portionis
56723	Méhpolyp eltávolítás
56740	Méhnyak műtéti restructioja
56741	Méhszáj plastica
56899	Curettagé uteri
56900	Curettagé uteri
56901	Cervix abrasio
56902	Mola- terhesség kiürítése
56903	Missed ab. befejezése
56904	Curettagé- subinvolutio miatt
56905	Curettagé-incomplett abortus után

OENO kód	Megnevezés
56906	Frakcionált curettagé
58600	Excisio laesionis mammae
58602	Excisio sectoris mammae
58604	Excisio sectoris mammae c.lymphadenectomia axill
58605	Excisio sectorium mammae (2-3) c.lymphadenectomia
58610	Mastectomia
58620	Mastectomia con.lymphadenect. reg.
58631	Mastectomia c.lymphadenect. reg. et excis. m. pect.
58640	Mastectomia c.lymphadenect. reg. et excis. par.th.
58641	Mastectomia c.lymphadenect.axill.,parast.,supracl.
58650	Mastectomia subcutanea
58651	Mastectomia subcutanea et implantatio prothesis
58652	Mastectomia subcutanea c.preserv. cutis et mamill

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelék

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Sebészet

OENO kód	Megnevezés
54821	Polypectomia recti-rectoscopos
54866	Exstirp. fistulae internaе recti
54871	Incisio perirectalis
54872	Exstirp. fistulae externaе recti
54911	Exstirpatio fistulae ani
54913	Exstirpatio fistulae ani sec Hippokrates
54920	Excisio fissurae ani
54921	Kryo-fissurectomia analis
54930	Haemorrhoidectomia
54931	Haemorrhoidectomia sec. Parks
54932	Haemorrhoidectomia sec. Milligan-Morgan
54933	Haemorrhoidectomia sec. Eisenhammer
54934	Haemorrhoidectomia sec. Langenbeck
54935	Haemorrhoidectomia sec. Whithead
54991	Thrombectomia analis
54992	Ignipunctio nodi haemorrhoidae
54994	Excisio mucosae prolabatae ani

OENO kód	Megnevezés
54996	Excisio condylomae perianalis
58810	Sinus pilonidalis inflammatus incisio
58841	Sipoly (sub)cutan, kimetszés
58870	Sinus pilonidalis excisioja
54540	Resectio intestini tenui
54541	Duodeno-duodenostomia
54550	Resectio intestini crassi
54551	Haemicolectomia dextra
54552	Haemicolectomia sinistra
54553	Res.sigmae seu rectosigm., anast. intraperit.
54554	Res.sigmae seu rectosigm., anast. infraperit.
54555	Res.rectosigmoidealis, anast.infraperit.instrum.
54556	Res.intest. crassi sec. Hartmann
54557	Resectio intestini crassi, anastomosis instrument
54560	Colectomia
54688	Adhaesiolysis interintestinalis

Ügyféltájékoztató

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Ortopédia

OENO kód	Megnevezés
50432	Carpal tunnel felszabadítás
50435	Egyéb Tunnel syndromák műtétei
58200	Incisio aponeurosis manus
58230	Aponeurectomia partialis manus
58231	Aponeurectomia totalis manus
58322	Baker-cysta eltávolítása
58325	Térdtáji ganglion exstirpatio
58343	Lábháti ganglion exstirpatio
58344	Bokatáji ganglion exstirpatio
58345	Dupuytren plantaris excisio

Urológia

OENO kód	Megnevezés
56110	Bergmann f. hydrocele műtét
56111	Winkelmann f. hydrocele műtét
56112	Hydrocele műtét
56220	Semicastratio
56230	Orchiectomia bilateralis
56231	Castratio
56291	Herefüggőly eltávolítása
56303	Funiculocele resectio
56310	Mellékhere cysta kiirtása
56311	Spermatocoele resectio
56330	Epididymectomia

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

EMELT SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK

Betöltött 18 éves és maximum 70 éves biztosítottokra vonatkozó sebészeti beavatkozások

Fül-Orr-Gégészet

Alap sebészeti beavatkozások +

OENO kód	Megnevezés
52810	Tonsillectomia, residuum kimetszés
52820	Tonsillo-adenotomia
52830	Tonsillacsúcs kimetszése (tonsillotomia)
52840	Tonsillectomia lingualis
52850	Adenotomia, readenotomia

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Nőgyógyászat

Alap sebészeti beavatkozások +

OENO kód	Megnevezés
55433	Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
55437	Excisio endometriosis infiltrans Douglasi laparosc.
55440	Adhaesiolysis intraabdominalis
55441	Adhaesiolysis intraabdominalis laparoscopicus
56510	Petefészek localis kimetszése
56513	Petefészek eltávolítás, részleges-egyik oldalon
56514	Petefészek eltávolítás, részleges-mindkét oldalon
56515	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517	Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56518	Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
56519	Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
56520	Petefészek eltávolítás-féloldali
56521	Oophorectomia unilateralis laparoscopica
56530	Salpingo-oophorectomia-féloldali
56531	Salpingo-oophorectomia laparoscopica unilateralis
56540	Petefészek eltávolítás-kétoldali (castratio)
56541	Oophorectomia bilateralis laparoscopica
56550	Salpingo-oophorectomia-kétoldali
56552	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
56570	Petefészek és a kürt összenövéseinek oldása
56571	Adhaesiolysis laparoscopica
56600	Salpingotomia
56602	Salpingostomia unilat. laparoscopica
56603	Salpingostomia bilat. laparoscopica

OENO kód	Megnevezés
56610	Salpingectomia-egyik oldalon
56611	Salpingectomia laparoscopica unilateralis
56620	Salpingectomia-mindkét oldalon
56622	Salpingectomia laparoscopica bilaterale
56651	Salpingectomia partiale laparoscopica
56730	Cervix amputatio
56810	Myoma enucleatio
56816	Enucleatio myomae uteri laparoscopica
56817	Enucleatio myomae hysteroscopica
57040	Plastica vaginae anterior posteriorque
57041	Plastica vaginae anterior
57042	Plastica vaginae posterior
57043	Hátsó hüvelyboltozat plasztikája
5666A	Salpingo-stomatoplastica laparoscopica
5666C	Adnexectomia laparoscopica
5681A	Resectio myomae hysteroscopica
56803	Hysterectomia laparoscopica
5681K	Megszületőben lévő myomagöb eltávolítása
56820	Amputatio sugravaginális corporis uteri s. Chrobak
56821	Hysterectomia subtotalis laparoscopica.
56830	Méheltávolítás-hasi
56833	Hysterectomia totalis laparoscopica sec. Reich
56840	Méheltávolítás-hüvelyi
56850	Méheltávolítás radicalis-hasi (kiterjesztett)
57063	Hüvelycsonk magas felfüggesztése
57064	Hüvelycsonk transabdominalis felfüggesztése

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Sebészet

Alap sebészeti beavatkozások +

OENO kód	Megnevezés
55118	Cholecystectomy laparoscopica
55131	Cholecystectomy choledochotomiamque + Kehr drainage
55138	Cholecystectomy laparoscopica + cysticus drain
55300	Hernioplastica inguinofemoralis
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
55319	Hernioplastica inguinofemoralis laparosc. cum conversionem
55320	Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
55330	Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum implantationem
55331	Hernioplastica inguinofem. bilat. laparoscopica
55340	Hernioplastica umbilicalis

OENO kód	Megnevezés
55350	Reconstructio parietis abdominis
55360	Reconstructio parietis abdominis c. implant
55361	Reconstructio laparoscopica parietis abdominis cum implantate
55369	Reconstructio laparoscopica parietis abdominis cum conversione
58691	Excisio gynecomastiae
50610	Resectio unilateralis glandulae thyroideae
50611	Excisio adenomae glandulae thyroideae
50620	Resectio lobi utriusque glandulae thyroideae
50630	Thyreoidectomy totalis (near total)
50631	Lobectomy glandulae thyroideae
50640	Thyreoidectomy substernalis

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Ortopédia

Alap sebészeti beavatkozások +

OENO kód	Megnevezés
16970	Arthroscopia
16971	Arthroscopia csuklón
16972	Arthroscopia könyökön
16973	Arthroscopia vállon
58023	Arthroscopos Pridie fúrások
58040	Meniscectomia partialis, arthroscopos
58041	Meniscectomia partialis, arthrotomia
58042	Meniscus reinsertio, arthroscopos
58043	Meniscus reinsertio, arthrotomia
58044	Meniscectomia totalis-arthroscopos
58045	Osteochondralis fragmentum rögzítése
58046	Szabadtest eltávolítás a térdből-arthroscopos
58050	Synovectomia partialis-arthroscopos
58051	Synovectomia partialis-arthrotomia
58052	Synovectomia totalis-arthrotomia
58053	Plica eltávolítás-arthroscopos
58054	Arthroscopos műtét (kivéve térdízület)
58055	Arthroscopos szalagplastica
58056	Arthroscopos szalagvarrat
58057	Arthroscopos mozaik plasztika
58058	Arthroscopos retinaculum plasztika

OENO kód	Megnevezés
58059	Boka, váll, térdízületi arthroscopos debridement
58060	Reinsertio-arthroscopos
58147	Elülső keresztszalag varrat
58148	Elülső keresztszalag reinsertio
58149	Elülső keresztszalag plastica
58180	Arthroplastica vállon
58181	Labrum glenoidale reinsertio
58182	Resectio clavicularae et plastica acromion
58183	Rotatorköpeny reconstructio
5814A	Hátsó keresztszalag reinsertio
5814B	Hátsó keresztszalag plastica
5814C	Oldalszalag varrat
5814D	Oldalszalag reinsertio
5814E	Térdszalag beültetés (synteticus)
5816C	Oldalszalag plasztika (térd)
58030	Dissectomia anterior cervicalis
58031	Dissectomia cervicalis anterior multiplex
58033	Lumbalis dissectomia flavotomian keresztül
58034	Lumbalis dissectomia flaminect. vagy haemilaminect. át
58036	Dissectomia percutanea

Felhívjuk a figyelmét, hogy az alábbi táblázatban meghatározott következő OENO kódok csak abban az esetben téríthetőek, ha az adott műtét konkrét testtájra vonatkozó formájára nem létezik különálló OENO kód: 58054, 58055, 58056, 58057

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Urológia

Alap sebészeti beavatkozások +

OENO kód	Megnevezés
55600	Ureterorendoscopos kőeltávolítás
55731	TUR Resectio transurethralis vesurin.therapeutic.
55732	TUR Resectio transurethralis ves.urin.palliativa
55733	TUR Resectio transurethralis colli ves. urin.
56011	Prostata TUR
56012	Prostata TUR-radicalis
56013	Transurethralis prostata incisio (TUIP műtét)
56059	Prostata egyéb alternatív LASER műtétei
86051	Thermotherapia prostatae
55533	Heminephrectomia
55540	Nephrectomia
55541	Nephrectomia radicalis
55543	Nephro-ureterectomia
56020	Prostatectomia transvesicalis
56040	Prostatectomia radicalis

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

GYERMEK SEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK

Betöltött 1 éves és maximum 18 éves biztosítottokra vonatkozó sebészeti beavatkozások

Fül-Orr-Gégészet

OENO kód	Megnevezés
52810	Tonsillectomia, residuum kimetszés
52820	Tonsillo-adenotomia
52830	Tonsillacsúcs kimetszése (tonsillotomia)
52840	Tonsillectomia lingualis
52850	Adenotomia, readenotomia
51940	Myringoplastica
52120	Mucotomia nasi
52121	Polypectomia ethmoidektomia nélkül az orrüregből
52150	Turbinektomia, conchotomia, operculumresectio
52270	Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52271	Endoscopos (mikroszkópos) rostuműtétek (FES)
52272	Endoscopos (mikroszkópos) sphenoidotomia
52750	Lágyszájpadplasztika
52760	Resectio uvulae
53002	Microlaryngoscopiás műtét
53003	Mikrolaryngoscopias műtét LASER-rel

Nőgyógyászat

OENO kód	Megnevezés
56723	Méhpolyp eltávolítás
56899	Curettage uteri
56900	Curettage uteri
56901	Cervix abrasio
56906	Frakcionált curettage
55433	Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436	Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
55441	Adhaesiolysis intraabdominalis laparoscopicus
56515	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516	Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517	Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56571	Adhaesiolysis laparoscopica
56816	Enucleatio myomae uteri laparoscopica
56817	Enucleatio myomae hysteroscopica

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Sebészet

OENO kód	Megnevezés
55300	Hernioplastica inguinofemoralis
55310	Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
55311	Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
55319	Hernioplastica inguinofemoralis laparosc. cum conversionem
55320	Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
55330	Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum implantationem
55331	Hernioplastica inguinofem. bilat. laparoscopica
55340	Hernioplastica umbilicalis
55350	Reconstructio parietis abdominis
55360	Reconstructio parietis abdominis c. inplant
55361	Reconstructio laparoscopica parietis abdominis cum implantate
55369	Reconstructio laparoscopica parietis abdominis cum conversione

OENO kód	Megnevezés
55118	Cholecystectomy laparoscopica
55131	Cholecystectomy choledochotomiamque + Kehr drainage
54866	Exstirp. fistulae interna recti
54871	Incisio perirectalis
54872	Exstirp. fistulae externa recti
54911	Exstirpatio fistulae ani
54913	Exstirpatio fistulae ani sec Hippokrates
54920	Excisio fissurae ani
54921	Kryo-fissurectomia analis
58810	Sinus pilonidalis inflammatus incisio
58841	Sipoly (sub)cutan, kimetszés
58870	Sinus pilonidalis excisioja

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelék

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Ortopédia

OENO kód	Megnevezés
58221	Ganglion manus exstirpatio (kivéve: kézháti)
58211	Tendolysis, kézen
58332	Ínhüvely exstirpatio tenosynovectomia
58325	Térdtáji ganglion exstirpatio
58343	Lábháti ganglion exstirpatio
58344	Bokatáji ganglion exstirpatio
16970	Arthroscopia
16971	Arthroscopia csuklón
16972	Arthroscopia könyökön
16973	Arthroscopia vállon
58023	Arthroscopos Pridie fúrások
58040	Meniscectomia partialis, arthroscopos
58041	Meniscectomia partialis, arthrotomia
58042	Meniscus reinsertio, arthroscopos
58043	Meniscus reinsertio, arthrotomia
58044	Meniscectomia totalis-arthroscopos
58045	Osteochondralis fragmentum rögzítése
58046	Szabadtest eltávolítás a térdből-arthroscopos
58050	Synovectomia partialis-arthroscopos
58051	Synovectomia partialis-arthrotomia
58052	Synovectomia totalis-arthrotomia
58053	Plica eltávolítás-arthroscopos

OENO kód	Megnevezés
58054	Arthroscopos műtét (kivéve térdízület)
58055	Arthroscopos szalagplastica
58056	Arthroscopos szalagvarrat
58057	Arthroscopos mozaik plasztika
58058	Arthroscopos retinaculum plasztika
58059	Boka, váll, térdízületi arthroscopos debridement
58060	Reinsertio-arthroscopos
58147	Elülső keresztszalag varrat
58148	Elülső keresztszalag reinsertio
58149	Elülső keresztszalag plastica
58180	Arthroplastica vállon
58181	Labrum glenoidale reinsertio
58182	Resectio claviculae et plastica acromion
58183	Rotatorköpeny reconstructio
58322	Baker-cysta eltávolítása
5814A	Hátsó keresztszalag reinsertio
5814B	Hátsó keresztszalag plastica
5814C	Oldalszalag varrat
5814D	Oldalszalag reinsertio
5814E	Térdszalag beültetés (syntethicus)
5816C	Oldalszalag plasztika (térd)

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelék

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

Urológia

OENO kód	Megnevezés
56400	Circumcisio
56403	Phimotomia
56302	Scrotalis varicocelectomia
56242	Exploratio testis inguinalis
56110	Bergmann f. hydrocele műtét
56111	Winkelman f. hydrocele műtét
56112	Hydrocele műtét
56311	Spermatocele resectio
56330	Epididymectomy

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

▶ Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- ▶ 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

VÁLASZTHATÓ SZŪRŐVIZSGÁLATOK

Alap 2.0 szűrőcsomag:

- Belgyógyászati szakorvosi vizsgálat: családi anamnézis felvétele, derék és csípőkörfogot mérése, testsúly és testmagasság mérése, általános belgyógyászati vizsgálat, vérnyomásmérés, nyugalmi EKG (12 elvezetéses)
- Laborvizsgálatok: Vértkép (FVS, Hb, Htk, süllyedés), Vizeletvizsgálat (fehérje, cukor, aceton, Bi, nitrit), Vércukor, összkoleszterin, HDL, LDL, Májfunkció (SGOT, SGPT, GGT, APP), Vesefunkció (kreatinin), Széklet-vér teszt 40 év felett
- Ultrahang vizsgálat: hasi és kismedencei ultrahang vizsgálat
- Szemészeti vizsgálat: szakorvosi szűrővizsgálat

Emelt 2.0 szűrőcsomag:

- Alap szűrőcsomag továbbá az alább felsorolt vizsgálatok
- Urológiai vizsgálat: szakorvosi szűrővizsgálat férfiak részére, 40 év feletti férfiaknál PSA vizsgálat is
- Nőgyógyászati vizsgálat: szakorvosi szűrővizsgálat nők részére, rákszűrés citológiával, hüvelyi ultrahanggal
- Csontsűrűség vizsgálat (DEXA): 40 év feletti nők esetében
- Mellkas röntgen: kétirányú röntgen

Egyedi szűrőcsomag:

- a csomag tartalma a Szerződő kérésére egyedileg kerül összeállításra, és az Ajánlati Dokumentációban rögzítésre.

Ügyfélértékelő

Általános rendelkezések

Csoportos egészségbiztosítás
általános szerződési feltételei („ÁSZF”)

A Med 4 Group 2.0 egészségbiztosítás
különös szerződési feltételei („KSZF”)

Függelékek

- 1. számú Függelék
Biztosítási csomagok
- 2. számú Függelék
Biztosító ellátásszervező partnerének
részletes adatai
- 3. számú Függelék
Fizioterápiás kezelések
- 4. számú Függelék
Laborvizsgálatok
- 5. számú Függelék
Diagnosztika vizsgálatok
- 6. számú Függelék
Alap sebészeti beavatkozások
- 7. számú Függelék
Emelt sebészeti beavatkozások
- 8. számú Függelék
Gyermek sebészeti beavatkozások
- 9. számú Függelék
Választható szűrővizsgálatok
- 10. számú Függelék
Terhesgondozás

TERHESGONDOZÁS

A fedezet nem terjed ki a nem orvosi indikáció miatt végzett 3D és 4D ultrahang vizsgálatra.

Első jelentkezés alkalmával fedezett ellátások:

- a méhen belüli terhesség igazolása az anamnesztikus adatok figyelembevételével bimanuális vizsgálattal, laboratóriumi terhességi próbával és ultrahang vizsgálattal
- belgyógyászati vizsgálat és nyugalmi EKG

További jelentkezések alkalmával fedezett ellátások:

- hüvelyi feltárás, inspectio
- kolposzkópos vizsgálat
- az emlők tapintásos fizikális vizsgálata az anatómiai helyzet tisztázására, rendellenesség felderítésére és lehetőség szerint korrigálására a szoptatás érdekében
- a testsúly és a testmagasság mérése, szükség esetén a medence méreteinek pontos meghatározása fizikális és műszeres vizsgálatokkal
- pulzusszámlálás és vérnyomásmérés
- laboratóriumi vizsgálatok anyai vérmintából:
 - A, B, 0 és Rh vércsoport meghatározás az első trimeszterben ellenanyagszűréssel, a második és harmadik trimeszterben ellenanyag szűrés
 - lues serologia (szifilisz szűrés), HbsAg
 - Kvalitatív és kvantitatív vérkép, máj- és vesefunkció, vércukor meghatározása trimeszterenként egyszer
 - a 16. terhességi héten serum alfa-fötóprotein meghatározása
 - 22–24. terhességi héten terheléses vércukorvizsgálat (éhomiai és 75g OGTT után 120 perccel)
- laboratóriumi vizsgálatok anyai vizeletmintából:
 - „középsugár”-minta vegyi vagy diagnosztikus csík vizsgálata fehérje-, cukor-aceton és gennyvizelés felfedezésére minden jelentkezés alkalmával
 - centrifugált üledék mikroszkópos vizsgálata trimeszterenként

- kombinált teszt labor része
- utolsó trimeszterben hüvelyváladék tenyésztés (B csoportú Streptococcus agalactiae szűrése)
- a magzat fejlődésének és életjelenségeinek fizikális és/vagy műszeres ellenőrzése:
 - 1. trimeszteri ultrahangvizsgálat (genetikai ultrahang is – kombinált teszt ultrahang része) – 1 vizsgálati alkalom
 - 2. trimeszteri ultrahangvizsgálat végzése a velőcső záródási rendellenességek morfológiai szűrésére (genetikai ultrahang is) – 1 vizsgálati alkalom
 - a 28. terhességi héttől vagy az azt követő első jelentkezéstől a haskörfogat és a symphysis–fundus távolság mérése, hallgatózással és/vagy dopplerrel magzati szív működés vizsgálat minden jelentkezés alkalmával
 - a terhes nő figyelmének felhívása a 34. héttől a magzatmozgás számolás végzésére
 - 3. trimeszteri ultrahangvizsgálat – 1 vizsgálati alkalom
 - a 36–37. terhességi hét között ultrahangvizsgálat – 1 vizsgálati alkalom
 - a 38–39. héten egy-egy alkalommal, a 40. héten két alkalommal és utána másnaponként cardiotocographiás vizsgálat

Egyéb fedezett ellátások:

Orvosi indikáció alapján (például terhelő adatok) vagy 35 év feletti életkor esetén genetikai tanácsadás, és amennyiben a genetikai tanácsadáson javasolják, fakultatív vizsgálatok a veleszületett rendellenességek kiszűrésére, mint amniocentézis, quartett teszt, integrált teszt.

