



Feltétel

Med TopDoc Betegségbiztosítás

2015. január 1-től érvényes

Med TopDoc betegségbiztosítás

Ügyféltájékoztató

Tisztelt Partnerünk!

Kérjük, hogy biztosítási ajánlatának megtetele előtt figyelmesen olvassa el az Önnek ajánlott termékünkre vonatkozó jelen tájékoztatónkat és a szerződési feltételeket.

Biztosítónk az **UNIQA Biztosító Zrt.** A társaság székhelye: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.

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

A biztosítási szerződés jellemzőire vonatkozó általános ismereteket az Általános betegségbiztosítási Feltételek (továbbiakban: ÁBeF), a speciális tudnivalókat pedig a Med TopDoc betegségbiztosítás különös feltételei (továbbiakban: KF) tartalmazzák. A szerződési feltételekben szereplő információk könnyebb fel-lehetőségét az alábbi összefoglalóval kívánjuk segíteni:

Egyéb tudnivalók

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

sítási időszakra. Amennyiben a szerződő a fenti időpontot megelőző 30 napig nem jelzi a megszüntetési igényét, a szerződés újabb 1 évre meghosszabbodik. A továbbiakban amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik, de legkésőbb annak a biztosítási időszakra az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított a 85. életévét betölti.

Külön felhívjuk a figyelmét az alábbi általános tudnivalókra

- A jelen szerződéssel kapcsolatos adatokat a Biztosító az ügyfél hozzájárulása és a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (a továbbiakban: Bit.) 154.§-a és 155.§-a alapján kezeli.
A biztosító jogosult a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával és szolgáltatásával összefüggően tudomására jutott személyes, egészségi és üzleti adatok – törvényi előírásoknak megfelelő – teljes körű kezelésére. A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni, és e titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani.
Az UNIQA Biztosító Zrt. részéről adatfeldolgozóként az UNIQA Software Service GmbH (A-1029 Wien, Untere Donau Strasse 21.), a DRESCHER Magyarországi Direct Mailing Kft., az általa felkért orvosszakértő, továbbá a számára a biztosítási szerződéssel kapcsolatban mindenkor kiszervezett tevékenységet végző személyek, megbízottak járhatnak el. Az adatokat e személyek ismerhetik meg a vonatkozó jogszabályi feltételek szerint. Az ügyfél adatai kezeléséről az adatkezelőnél tájékoztatást kérhet, kérheti adatai helyesbítését, a kötelező adatkezelés kivételével adatai törlését, zárolását, törvényben meghatározott esetekben tiltakozhat adatai kezelése ellen, továbbá jogainak megsértése esetén az adatkezelő ellen bírósághoz fordulhat. A biztosítási titokkal, a biztosító adatkezelésével és az adatok továbbításával kapcsolatos tudnivalókat az ÁBeF 84–87. pontja tartalmazza.
- Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetekhez továbbíthatja:** a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a nyomozóhatóság, az ügyészség és bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosítás-

közvetítőhöz, szaktanácsadóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmossa megelözéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bünyöldözö szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bünyöldözö szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is.

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

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

- A szerzödésre vonatkozó ajánlat aláírásával a szerzödö és a biztosítottak hozzájárulnak, hogy adataikat a biztosító harmadik országbeli (viszont)biztosítóhoz, vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelöhöz) továbbíthassa, valamint, hogy a jelen szerzödéshez kapcsolódóan egészségügyi kezelése szempontjából szóba jövő intézményeknek továbbítsa.
- A biztosító – a veszélyközösség érdekeinek a megövása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerzödésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerzödésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerzödésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz, továbbá más biztosító jogszabályoknak megfelelő megkeresésére a kért adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidöben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétöl számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkeresö biztosítónak. A megkeresés és annak teljesítése nem minösül a biztosítási titok megsértésének. A megkeresés illetve az adatátadás a Bit. 161/A.§-ban rögzített adatokra vonatkozhat. A biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatokat a jogszabályban meghatározott időpontig kezelheti. A megkeresö biztosító a megkeresésről, az abban szereplö adatokról, továbbá a megkeresés teljesítéséről az ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti, továbbá az ügyfél kérelmére az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011.évi CXII. törvényben szabályozott módon tájékoztatja.

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

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

Írásbeli panaszát eljuttathatja:

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

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

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

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

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

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

Köszönjük, hogy Társaságunkat tisztelte meg bizalmával!

Általános betegségbiztosítási feltételek 005

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

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

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉSSEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

1. A **BIZTOSÍTÓ** a biztosítási díj ellenében a szerződésben és annak különös feltételeiben meghatározott szolgáltatások teljesítésére vállal kötelezettséget.
2. A **SZERZŐDŐ** az a személy, aki a biztosítási szerződés megkötésére ajánlatot tesz, és a biztosítási díj fizetését vállalja.
 - 2.1. A szerződésre vonatkozó jognyilatkozatok megtétele a szerződő joga és kötelessége.
 - 2.2. A biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket csak akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat valamely szervezeti egységéhez **írásban** eljuttatták.
 - 2.3. A biztosító nyilatkozatait a szerződőnek juttatja el, melyek tartalmáról és a szerződést érintő valamennyi változásról, illetve változtatási szándékról a szerződő kötelessége a biztosítottat tájékoztatni.
3. A **BIZTOSÍTOTT** az a természetes személy, akire a biztosító kockázatviselése vonatkozik.
 - 3.1. A szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított **írásbeli hozzájárulása is szükséges**.
 - 3.2. Ha a biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a gyámhatóság jóváhagyása szükséges.
 - 3.3. Ha a szerződést nem a biztosított kötötte, a biztosított a biztosítóhoz intézett írásbeli nyilatkozattal a szerződésbe beléphet; a belépéshez a biztosító hozzájárulása nem szükséges. A belépéssel a szerződő felet megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a biztosítottra száll át.
 - 3.4. Biztosított személy nem lehet az, aki az ajánlat aláírásakor nyugdíjas, rokkantsági nyugdíjas, rehabilitációs járadékos, baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, vagy munkaképesség csökkenés, illetve össz-szervezeti egészségkárosodás megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatóságokhoz.

4. A **KEDVEZMÉNYEZETT** az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult.
 - 4.1. A biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a biztosított.
 - 4.2. A szerződő fél a kedvezményezettet a biztosítóhoz címzett és a biztosítónak eljuttatott írásbeli nyilatkozattal jelölheti ki, és a biztosítási esemény bekövetkezéséig bármikor ugyanilyen formában a kijelölését visszavonhatja vagy a kijelölt kedvezményezett helyett más kedvezményezettet nevezhet meg. Ha nem a biztosított a szerződő fél, mindezekhez a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Abban az esetben, ha bejelentőre szóló kötvényt állítottak ki, a kedvezményezett későbbi kijelölése akkor lép hatályba, ha a kötvényt megsemmisítették és új kötvényt állítottak ki.
Ha a szerződő fél a biztosítotthoz vagy a kedvezményezettnek intézett írásbeli nyilatkozattal kötelezettséget vállal arra, hogy a kedvezményezett kijelölését folyamatosan hatályban tartja, a kedvezményezett kijelölését nem lehet visszavonni vagy megváltoztatni azon személy hozzájárulása nélkül, akinek részére a kötelezettségvállalást tették. A szerződő fél nyilatkozatáról a biztosítót tájékoztatni kell.
A kedvezményezett kijelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal vagy jogutód nélkül megszűnik.

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE ÉS MEGSZŰNÉSE

A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

5. A biztosítási szerződés megkötését a szerződő a biztosítóhoz intézett írásbeli **ajánlattal** kezdeményezi.
6. Ajánlat tehető **alapbiztosításra** és **kiegészítő biztosításra**. **ALAPBIZTOSÍTÁSNAK** tekintendők azok a biztosítások, melyek önálló szerződésként is megkötethetők és fenntarthatók. A **KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSOK** csak valamely alapbiztosításhoz kapcsolódóan köthetők és tarthatók meg.
7. A biztosító a szerződéskötéshez **egészségi nyilatkozatot** és orvosi vizsgálatot is kérhet.
8. A szerződés úgy jön létre, hogy a biztosító az ajánlat és a hozzátartozó nyilatkozatok alapján **kockázatelbírálást** végez, majd az ajánlatra elfogadó nyilatkozatot (**KÖTVÉNYT**) állít ki. A biztosítási fedezetet igazoló dokumentum a **KÖTVÉNY**.
9. A biztosítónak – kockázatkezelési szempontok miatt – jogában áll az ajánlaton szereplőnél magasabb díjat megállapítani, illetve az ajánlatot egyéb **módosításokkal elfogadnia**. Lényeges eltérések esetén a biztosító ezekre a szerződő figyelmét a kötvény kiadásakor írásban felhívja. Ha a kötvény tartalma az ajánlattól eltér, és az eltérést a szerződő ti-

zenőt napon belül írásban nem kifogásolja, a szerződés a kötvény tartalma szerint jön létre.

10. A biztosítónak jogában áll az ajánlatot, annak – a kötvény kiállítására jogosult szervezeti egységéhez történő – beérkezését követő 15 napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül indoklás nélkül elutasítani.
11. A szerződés akkor is létrejön, ha a biztosító az ajánlatra, annak beérkezését követő tizenöt napon belül, ha az ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre van szükség a beérkezést követő 60 napon belül nem nyilatkozik.
12. Biztosítási szerződés köthető **határozott** vagy **határozatlan tartamra**.
13. A szerződés **kezdeté** és – határozott tartamú szerződés esetén – a **lejárat**a kötvényen ekként megjelölt napok. Határozott tartamú szerződés esetén a biztosítás **tartama** a kezdet és lejárat közötti időszak.
14. A **biztosítási évforduló** a szerződés kezdetét követően minden évben a kötvényen ekként megjelölt hónap és nap.
15. Az **első biztosítási időszak** a szerződés kezdetétől az első biztosítási évfordulóig terjedő időtartam, amennyiben a szerződés kezdetének hónapja és napja megegyezik a biztosítási évfordulóként megjelölt hónappal és nappal. Ellenkező esetben az első biztosítási időszak a szerződés kezdetétől a második biztosítási évfordulóig terjedő időtartam. A további **biztosítási időszakok** a biztosítási évfordulók közötti egy éves időtartamok.
Egyszeri díjas biztosítás (48. pont) esetén a biztosítási időszak a szerződés kezdeté és lejárat (13. pont) közötti időszak.

A SZERZŐDÉS HATÁLYBA LÉPÉSE

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

A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSE

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

A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE

19. A biztosítási szerződés (és a biztosító kockázatviselése) az alábbi esetek bármelyikében **megszűnik**:

- 19.1. határozott tartamú szerződés esetén annak lejáratával,
- 19.2. a biztosított halálával,
- 19.3. díj nemfizetés esetén, (54. pont),
- 19.4. a szerződés felmondásával (20., 26., 47. pont),
- 19.5. egyéb, a szerződéshez tartozó különös feltételekben meghatározott esetekben.

20. A biztosítási szerződés a szerződő részéről a biztosítási évfordulóra – de legkorábban az első biztosítási időszak végével – mondható fel. A felmondást 30 nappal a biztosítási évforduló előtt írásban kell megtenni.

KÖZLÉSI ÉS VÁLTOZÁS BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG

21. A biztosítás szerződés (és a biztosító kockázatviselése) megszűnik
A szerződőt és a biztosítottat egyaránt **KÖZLÉSI KÖTELEZETTSÉG** terheli, amelynek értelmében a **szerződésalkötés**kor kötelesek a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a biztosítóval közölni, amelyeket ismertek vagy ismerniük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a felek közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
A közlési kötelezettség a biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló **szerződés módosításkor**, így különösen az 62. pontban meghatározott értékvetéskor is terheli a biztosítottat és a szerződőt.
22. A biztosító jogosult a közölt **adatok ellenőrzésére**, és e célból a biztosított egészségi állapotára, tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel, és orvosi vizsgálatot is előírhat.
23. A biztosítási szerződés létrejötte előtt keletkezett, a biztosítottat érintő egészségi panaszokat, betegségeket és baleseti következményeket a szerződőnek, illetve a biztosítottnak közölnie kell a biztosítási szerződés megkötése előtt. A közlések alapján a biztosító jogosult az általános és a különös feltételektől eltérő szerződési feltételeket szabni (többek között pótdíj, kockázatszűkítés vagy kockázatkizárás alkalmazása), amelyek a biztosítási kötvényen feltüntetésre kerülnek.
24. A szerződő és a biztosított felhatalmazást adnak a biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. A biztosított aláírásával hitelesítve felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a biztosított egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a biztosítónak, kérésére, átadják.
25. A szerződő és a biztosított a szerződés tartama alatt **15 napon belül** köteles írásban bejelenteni a biztosított foglalkozásának, szabadidős tevékenységének, a vállalt kockázatra (például balesetveszélyre) ható **lényeges megváltozását**.

26. Ha a biztosító csak a szerződés-kötés után szerez tudomást a szerződést elfogadását érintő, a szerződés hatályba lépését megelőzően már fennállott lényeges körülményekről (így például a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos körülményről), továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közli vele, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, továbbá ha a biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a biztosító általános szerződési feltételétől, a biztosító a szerződés létrejöttétől számított tizenöt napon belül javasolhatja, hogy a szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a szerződő fél a javaslatot nem fogadja el vagy arra tizenöt napon belül nem válaszol, a biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított tizenöt napon belül a szerződést harminc napra írásban felmondhatja.

27. A szerződő és a biztosított köteles **5 munkanapon belül** írásban bejelenteni a szerződésben rögzített **adatainak** (különös tekintettel: lakcím, név) **megváltozását**.

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

28. **BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY** a szerződéshez tartozó különös feltételekben ekként meghatározott esemény.

29. A **BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS** a biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor – a különös feltételek szerint – felépő kötelezettsége.

30. A szolgáltatás pénzben vagy más módon (például az ellátások számában) kifejezett kezdeti értékét, azaz a **BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEGET**, illetve a **SZOLGÁLTATÁS MENNYISÉGÉT** és **MINŐSÉGÉT** a szerződő határozza meg az ajánlattételkor, ha azt a különös feltételek másként nem szabályozzák. A szolgáltatás nagysága a szerződés tartamán belül a különös feltételekben szabályozott esetekben változhat.

31. Jelen általános feltételek szempontjából **BALESETNEK** minősül a szerződés hatálybalépését követően, a szerződés fennállása alatt a biztosított akaratan kívül, hirtelen fellépő külső behatás, amelynek következtében a biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

32. Jelen általános feltételek szempontjából **BETEGSÉGNEK** minősül az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.

33. Jelen általános feltételek szempontjából **MŰTÉTNEK** minősül minden olyan – orvos által – az orvosi szakma szabályai szerint orvosilag indokoltan végzett sebészeti beavatkozás, amelyet gyógyítás vagy a betegség megállapítása céljából hajtottak végre.

34. Jelen feltételek szempontjából **KÓRHÁZNAK** minősül az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai fel-

ügyelet – Magyarországon a magyar tisztiorvosi szolgálat – által elismert, engedélyezett fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-elvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, a geriatriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

35. Jelen feltételek szempontjából **MAGYAR MAGÁNKÓRHÁZNAK** minősül az a magyar tisztiorvosi felügyelet által engedélyezett és kórházi besorolást kapott fekvőbetegek számára fenntartott egészségügyi intézmény, amely állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és az egészségügyi ellátások költségeit az Országos Egészségpénztár nem vagy csak részlegesen finanszírozza.

36. **KÓRHÁZI FEKVŐBETEG GYÓGYKEZELÉS** jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan, kórházban történő, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, legalább 24 órás folyamatos kórházi benttartózkodást szükségessé tevő orvosilag indokolt gyógykezelés, amely megbetegedés megállapítása, gyógyítása, a megbetegedés következtében kialakult állapotromlás szinten tartása vagy javítása céljából a biztosított közvetlen vizsgálatára, kezelésére, ápolására, orvosi rehabilitációjára irányul.

37. **JÁRÓBETEG GYÓGYKEZELÉSNEK** minősül jelen biztosítási feltételek értelmében minden olyan, betegség vagy baleset következményeként szükségessé vált, az illetékes minisztérium és a mindenkor hatályos jogszabályokban meghatározott szakmai testületek által elismert, orvosilag indokolt, egészségügyi ellátás keretében igénybe vett kezelés, ami nem jár kórházi bentfekvéssel.

38. **KERESŐKÉPTELENSÉGNEK** minősül jelen biztosítási feltételek értelmében az az állapot, amikor a biztosított saját betegsége vagy balesete miatt kereső tevékenységét – orvosilag indokoltan – nem képes ellátni. A keresőképzetlenség tényét és időtartamát a mindenkor hatályos jogszabályok rendelkezéseiben meghatározott orvosnak igazolnia kell.

39. **MARADANDÓ EGÉSZSÉGHÁROSODÁS** a jelen feltételek szerint a biztosított olyan egészségkárosodása, amely testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenésével vagy végleges anatómiai elváltozással járó maradandó funkciókárosodásával jár.

40. **EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ** a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet, aki, illet-

ve amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által ekként elismert, és akinek, illetve amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.

41. **(ORVOSI) VIZSGÁLATNAK** minősül minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, az egészség megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.
42. **SZŰRŐVIZSGÁLAT** az a vizsgálat, amelynek célja betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleg fennálló betegségeinek vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.
43. **DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK** azok a vizsgálatok, amelyeknek célja a panaszok, a kórtörténet és a fizikális vizsgálat alapján diagnózis felállítása, meghatározása illetve felmerült diagnózis alátámasztása.
44. **SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ

A BIZTOSÍTÁS DÍJA

45. A biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a **biztosítási díj** ellenében vállalja.
46. A biztosítás díját a szolgáltatás jellege, tartalma és a biztosítási összeg mellett többek között a biztosítás tartama, a biztosított kora, neme, egészségi állapota, foglalkozása és szabadidős tevékenysége határozza meg.
Amikor a biztosításba bevont gyermek betölti a 18. életévét, a következő hó elsejétől kezdve a felnőttekre esedékes díj fizetendő.
47. Amennyiben a biztosítás **kockázati viszonyai** megváltoznak – így többek között az átlagosan várható élettartam, a szolgáltatások igénybevétele gyakorisága vagy értéke –, akkor az egyes biztosítási időszakok kezdetével a biztosítónak jogában áll a biztosítási díjat megfelelően módosítani, kivéve a biztosított életkora előrehaladásából származó természetes egészségromlást. A díj módosításáról a biztosító a biztosítási időszakot megelőző 45. napig – külön vagy az egyidejű értékkövetésről szóló tájékoztatásban (57–63. pont) – értesítést küld a szerződőnek. Amennyiben a szerződő 30 napon belül írásban elutasítja a díjnak a kockázati viszonyok megváltozásából fakadó módosítását, illetve nem az ennek megfelelően emelt díjat fizeti meg, a biztosító jogosult a

szolgáltatásokat megfelelően csökkenteni, illetve módosítani vagy a szerződést felmondani.

A BIZTOSÍTÁSI DÍJ FIZETÉSE

48. A biztosítás **EGYSZERI** vagy **FOLYAMATOS (rendszeres)** díjfizetésű lehet.
49. Az **egyszeri** díjas szerződés **teljes díját**, illetve a **folyamatos** díjfizetésű szerződés első biztosítási időszakra vonatkozó díját, az ajánlattételkor kell megfizetni. A biztosító az első díjat, illetve az egyszeri díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli. Amennyiben a szerződés létrejön, a biztosító a díjelőleget – a biztosítási kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig visszautalja a szerződőnek.
50. A **folyamatos díjfizetésű** biztosítás **folytatólagos díjai** éves díjak, amelyek a biztosítási időszakok első napján **előre esedékesek**.
51. A biztosító – pótdíj ellenében – hozzájárulhat **az éves díj részletekben történő** fizetéséhez. A pótdíj mértéke – többek között – a díjfizetés gyakoriságától és módjától függ, és a tartamon belül változhat. Részletfizetés esetén a díjak a megfelelő részletfizetési időszak első napján, előre esedékesek.
52. A **díjfizetés gyakoriságát** a szerződő a biztosítási évfordulón megváltoztathatja, amennyiben erre irányuló kérését a biztosítási évforduló előtti 45. napig írásban jelzi a biztosítónak, és a biztosító ahhoz hozzájárul.
53. Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosító a következő biztosítási évfordulóig járó díj megfizetését követelheti.

A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI

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

ÉRTÉKKÖVETÉS

57. Az értékkövetés a folyamatos díjfizetésű biztosítás **szolgáltatásának – díjemelés vállalása ellenében történő – növelése**.
58. A biztosító a szolgáltatás, illetve díj emelésére (indexálásra) évente egyszer, a **biztosítási évfordulóval** tehet ajánlatot, melyről a biztosítási évfordulót megelőző 45. napig küld értesítést.
59. A biztosító az értékkövetés módjának szabályait a biztosítási szerződés különös feltételeiben határozza meg.
60. A **szerződőnek jogában áll** az emelést a biztosítási időszaktól megelőző 30. napig írásban **visszautasítania**.
61. Amennyiben a szerződő a *60. pontban* jelzett határidőig nem utasítja vissza az emelést, a szerződés az értesítésnek megfelelően módosításra kerül. A biztosítási összeg (szolgáltatás) emelése az emelt díj befizetésével válik érvényessé.
62. Amennyiben a szerződő a biztosító által meghatározottnál **nagyobb mértékű emelést** kér, a biztosítónak jogában áll azt elutasítani, vagy annak elfogadásáról újabb egészségi nyilatkozat, illetve orvosi vizsgálat alapján dönteni. Az emelés akkor válik elfogadottá, ha azt a biztosító írásban visszaigazolja a szerződőnek.
63. Amennyiben a szerződő két egymást követő évben **visszautasítja az értékkövetést**, úgy a biztosító a továbbiakban eltekinthet a szerződés díjának emelésére vonatkozó ajánlatától. Amennyiben a szerződés értékkövetését a későbbiekben a szerződő kezdeményezné, a biztosítónak jogában áll azt visszautasítani, vagy az elfogadást újabb kockázatbírálás eredményétől függővé tenni.

MARADÉKJOGOK

64. A jelen biztosítási feltételek alapján létrejött biztosítási szerződésben nincsenek a díjfizetés elmaradása, illetőleg a szerződésnek a biztosítási összeg kifizetése nélküli megszűnése esetében fennmaradó **maradékjogok** (visszavásárlás, díjmentesítés), biztosítási **kötvénykölcson** nem igényelhető, és **többlethozam-megosztásra** nem kerül sor.

A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSE

A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY BEJELENTÉSE

65. A kedvezményezettnek (4. pont) a **biztosítási eseményt** a bekövetkeztétől számított **8 napon belül írásban** be kell jelentenie a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

A SZOLGÁLTATÁS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

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

A TELJESÍTÉSHEZ SZÜKSÉGES DOKUMENTUMOK

70. A biztosítási szolgáltatások igénybevételéhez a szolgáltatásra jogosultnak az **alábbi iratokat** kell bemutatnia, illetve átadnia:
- 70.1. az egészségügyi ellátás, a gyógyulási időszak orvosi dokumentációját, a kórházi zárójelentést;
 - 70.2. baleseti eredet esetén a baleseti sérülést és annak következményeit dokumentáló orvosi és egyéb igazolásokat, jegyzőkönyveket;
 - 70.3. elhalálozás esetén halotti anyakönyvi kivonatot és a halál okát igazoló orvosi vagy hatósági bizonyítványt;
 - 70.4. hatósági eljárás esetén a nyomozást lezáró (vagy a nyomozás megtagadásáról szóló) határozatot;
 - 70.5. a biztosítási esemény, a biztosítási összeg és a jogosultság (kedvezményezettség) megállapításához szükséges egyéb okiratokat;
 - 70.6. a biztosítási kötvényt és a biztosító kérésére a díjfizetés igazolását.
71. Szükség esetén a biztosító egyéb igazolásokat is bekérhet, és jogában áll a bejelentések és felvilágosítások tartalmának ellenőrzése, beleértve a biztosított személyes vizsgálatának esetleges elrendelését is.
72. A biztosítási esemény igazolásával és érvényesítésével (például külföldre történő átutalás, dokumentumok fordítása) kapcsolatos költségeket annak kell viselnie, aki az igényt érvényesíteni kívánja.
73. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén azon okiratok bemutatását kérheti, amelyek alkalmasak a biztosítási esemény bizonyítására. A biztosító a szolgáltatása teljesítésének esedékességét csak olyan okirat bemutatásától teheti függővé, amely a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezését a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek bizonyítani szükséges. A biztosítási esemény bekövetkezése esetén annak bizonyítására alkalmasak azon okiratok, hatósági, bírósági határozatok, jegyzőkönyvek, tárgyi bizonyítékok, amelyek a biztosítási ese-

mény jogalapját, valamint annak összecszerúségét bizonyítják. A felsoroltakon kívül a szerződőnek, biztosítottnak, kedvezményezettnek joga van a biztosítási esemény igazolására – a bizonyítás általános szabályai szerint – annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse.

74. Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, illetve a szolgáltatási igényt elutasíthatja.

A BIZTOSÍTÓ FELÜLBÍRÁLATI JOGAI

75. A biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához **saját orvosszakértőt** vehet igénybe. A biztosító orvosszakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – **egyebek mellett – felülbírálni:**

75.1. a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés (36. pont) szükségességét és indokolt időtartamát,

75.2. a keresőképtelenség (38. pont) tényét és indokolt időtartamát,

75.3. a maradandó egészségkárosodás (39. pont) tényét és mértékét.

76. A biztosító orvosszakértőjének **megállapításai függetlenek** minden más orvosi, vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól, és az igény elbírálásánál a biztosító a saját orvosszakértőjének véleményét veszi alapul.

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE, KIZÁRÁSOK

A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

77. A **közlésre, illetőleg a változás bejelentésére irányuló kötelezettség** megsértése esetében a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha bizonyítják, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülmény nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében, illetőleg – életbiztosítási és betegségbiztosítási szolgáltatás esetében – ha a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől 5 év már eltelt.

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

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

78. A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a **biztosítási eseményt** a megadott **határidőn belül (65. pont) nem jelentik be**, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.

79. A biztosító a haláleseti összeg kifizetése alól mentesül, ha a biztosított a **kedvezményezett szándékos magatartása** következtében vesztette életét.

80. A szerződés a biztosítási összeg kifizetése és egyéb esetleges szolgáltatás teljesítése nélkül szűnik meg, ha a betegséget, balesetet, illetve egészségkárosodást a biztosított, a szerződő vagy a kedvezményezett, **szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása** idézte elő.

80.1. **SÚLYOSAN GONDATLANUL OKOZOTTNAK MINŐSÜL A BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY**, különösen, ha az a fent felsorolt személyek

a) szándékosan elkövetett bűncselekményével

b) súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával

c) bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével

d) érvényes jogositvány nélküli vagy alkoholos állapotban történő gépjárművezetésével közvetlen összefüggésben következett be.

81. A biztosító **mentesülése esetén** a szerződőt a biztosítási díjból semmilyen **visszatérítés nem illeti meg**.

KIZÁRÁSOK

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

82.1. HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);

82.2. radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);

82.3. öröklött és veleszületett rendellenességgel;

82.4. geriátriai, hospice, pszichológiai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkkel;

82.5. bennalvásos alvásvizsgálattal (somnia, polysomnia);

82.6. krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, művesekezeléssel;

82.7. nem baleseti vagy nem betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;

82.8. a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;

82.9. a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;

82.10. olyan szubjektív panaszokra épülő betegségek, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségei (különösen a polidiszkopátia) és azok közvetett és közvetlen következményei;

82.11. a nem megváltoztatásával;

82.12. a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával (például in-vitro-fertilizációval illetve inszeminációval), a művi terhesség-megszakítással, (kivéve az

anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását),

- 82.13. fogászati kezelésekkal, fogbeültetésekkel és az azokkal okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják,
 - 82.14. gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokkal (kivéve, ha a kezelés, illetve beavatkozás igénybevételére a szerződés kockázatviselési körébe tartozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan volt szükség);
 - 82.15. a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;
 - 82.16. a biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;
 - 82.17. különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, bűvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
 - 82.18. repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasaként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légi utasforgalomban;
 - 82.19. háborús, polgárháborús eseményekkel, terrorcselekményekkel, felkeléssel, lázadással, zavargással, tüntetéssel;
 - 82.20. alkohol, drog vagy kábítószer illetve szenvedélybetegség miatti egészségügyi ellátással vagy szolgáltatással, és elvonókúrákkal;
 - 82.21. orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel.
83. A biztosító a **balesetek**, illetve a baleseti eredetű események **köréből kizárja**:
- 83.1. a biztosított elme- vagy tudatzavarával okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket;
 - 83.2. szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket; ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
 - 83.3. a megemelés összes formáját;
 - 83.4. a porc- és porckorongsérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, a zúzódásokat, a húzóadásokat, a horzsolásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;
 - 83.5. a biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.

VEGYES RENDELKEZÉSEK

AZ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA

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

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

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

85. **Biztosítási titok** minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

A biztosító az általa kezelt adatokat – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

86. Az **ügyfelek adatait** a biztosító a biztosítási titok megsértése nélkül – a törvényben meghatározott esetekben – **az alábbi szervezetekhez továbbíthatja**: a feladatkörében eljáró Felügyelethez, nyomozóhatósághoz és ügyészséghez, bírósághoz, a nyomozóhatóság, az ügyészség és bíróság által kirendelt szakértőhöz, bírósági végrehajtóhoz, hagyatéki ügyben eljáró közjegyzőhöz, a hagyatéki ügyben eljáró közjegyző által kirendelt szakértőhöz, adóhatósághoz, nemzetbiztonsági szolgálathoz, Gazdasági Versenyhivatalhoz, gyámhatósághoz, egészségügyi hatósághoz, titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információ gyűjtésére felhatalmazott szervhez, viszontbiztosítóhoz, együttbiztosításban részt vállaló biztosítóhoz, állomány-

átruházáskor az átvevő biztosítóhoz, fióktelep esetében a harmadik országbeli biztosítóhoz, biztosításközvetítőhöz, szaknácádóhoz, a biztosító által kiszervezett tevékenységet végző partnerhez, alapvető jogok biztosához, Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz, a pénzmosás megelőzéséről és megakadályozásáról szóló törvényben meghatározott feladatkörével összefüggésben eljáró magyar bűnüldöző szervhez vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szervhez. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége alól kivételt képez az Európai Unió által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvényben meghatározott bejelentési kötelezettség is.

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

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

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

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

A BIZTOSÍTÁSI KÖTVÉNY ELVESZTÉSE

89. A **biztosítási kötvény elvesztése** vagy megsemmisülése esetén a biztosító a szerződő kérésére a szerződés aktuális

állapotának megfelelő új kötvényt állít ki, vagy az eredeti kötvény másolatát megküldi a szerződőnek. Az új kötvény kiállításának költségét a biztosító megfizetheti.

PANASZOK BEJELENTÉSE

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

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

Írásbeli panaszát eljuttathatja:

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

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

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

A panaszbeadványokon címettként kérjük feltüntetni a Panaszmenedzsment Osztály megnevezést is! A panaszkezelési eljárás részletes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a www.uniqa.hu honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító cégnyilvántartásban szereplő fióktelepein működő ügyfélszolgálati irodáiban is. Amennyiben a panaszban megfogalmazott igény a biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival (pl. kártérítés összege, vagy annak elutasítása) és megszünetésével kapcsolatosan került a biztosító által elutasításra, úgy a fogyasztó(ügyfél):

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

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

b) az ügy eldöntésére hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál

élhet jogorvoslattal.

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

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

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

Különös biztosítási feltételek

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

I. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNYEKHEZ KAPCSOLÓDÓ FOGALMAK

- 1. AGYI SZINDRÓMA:** az agyban fellépő rendellenesség vagy károsodás, amely az agyi funkciók részleges vagy teljes működészavarát okozza.
- 2. ALTERNATÍV GYÓGYÁSZAT:** olyan gyógyászati és egészségügyi rendszerek, gyakorlatok és termékek, amelyeket az orvosi szakma nem tekint a hagyományos gyógyászat vagy a szokásos orvosi kezelések részének, ideértve, de nem kizárólagosan a következőket: akupunktúra, aromaterápia, kiropaktika, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat és oszteopátia (csontkovácsolás).
- 3. BEST DOCTORS:** az a vállalkozás (Best Doctors Services S.L.U., a Best Doctors Inc. része), mely jelen biztosítás vonatkozásában az INTERCONSULTATION™ és a FINDBESTCARE® elnevezésű egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja.
- 4. BETEGSÉG:** az egészségi állapotban bekövetkező változás, melyet megfelelő szakképesítéssel rendelkező, a törvényi előírásoknak megfelelően regisztrált orvos diagnosztizál és erősít meg.
 - 4.1.** Jelen biztosítás vonatkozásában egy *betegségnek* kell tekinteni az egy diagnózisból következő, valamint az egy okból vagy egymással összefüggő okokból kialakult összes *sérülést* és *egészségromlást*. Ha valamely *egészségromlás* oka megegyezik egy korábbi *betegség* okával, vagy azzal összefügg, akkor az új *betegség* a korábbi *betegség* folytatásának tekintendő, nem pedig önálló *betegségnek*.
- 5. BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS:** a biztosítottat a szerződés alapján megillető szolgáltatás.
- 6. BIZTOSÍTÁSI ÖSSZEG:** a jelen különös feltételek III. fejezetében definiált, a biztosítási szerződés által *fedezett betegségek* és *fedezett orvosi beavatkozások* vonatkozásában az 1. számú Függelékben megjelölt maximálisan fizethető összeg.
- 7. EGÉSZSÉGI NYILATKOZAT:** a biztosítási szerződés megkötése előtt, az ajánlat megtételekor a biztosított által kitöltött és aláírt azon nyomtatvány, amely a biztosító által végzett kockázatelbírálás alapját képezi. Kiskorúak esetén a nyomtatványt a szerződő vagy a biztosított törvényes képviselője tölti ki és írja alá.
- 8. ELŐZETES FEDEZETIGAZOLÁS:** a *Best Doctors* által, a biztosított által lakóhelyétől eltérő (Magyarországon kívüli) országban megjelölt *kórházban* végzendő – a jelen szerződés által fedezett – szolgáltatások nyújtását megelőzően kibocsátott írásos jóváhagyás, amely megerősíti a *káreseménnyel* összefüggő orvosi kezelésre, szolgáltatásokra, ellátásra vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerre nyújtott fedezet tényét.
- 9. GYÓGYSZER:** olyan anyag vagy anyagok kombinációja, amely a biztosított által használható vagy neki beadható a fiziológiai funkciói – farmakológiai, immunológiai vagy anyagcsere-folyamatok beindítása révén történő – helyreállítása, javítása vagy módosítása céljából, vagy orvosi diagnózis felállítása érdekében, és amely kizárólag *orvosi* rendelvényre szerezhető be és engedéllyel rendelkező gyógyszerész által adható ki.
 - 9.1.** Amennyiben az orvosi rendelvényen a *gyógyszer* márkáját is feltüntették, úgy a recept ezzel azonos aktív hatóanyagú, erősségű és dóziszú generikus *gyógyszerre* is érvényes.
- 10. INTERCONSULTATION™ SZOLGÁLTATÁS:** a második orvosi szakvélemény szolgáltatás strukturált folyamata, melynek keretében egy világszerte elismert, tapasztalt szakértő orvos részletesen áttekinti a biztosított orvosi dokumentációját és az azt alátámasztó diagnosztikai információkat. A szolgáltatást a *Best Doctors* biztosítja.
- 11. KÁRESEMÉNY:** olyan esemény, melynek következményeire részben vagy egészben fedezetet nyújt a biztosítási szerződés. Az ugyanazon okból eredeztethető következmények egyetlen *kárnak* tekintendők.
- 12. KIZÁRÁS:** olyan meghatározott helyzet vagy körülmény, amelyre a biztosítási szerződés fedezete nem terjed ki, és amely vonatkozásában *káresemény* bekövetkeztekor a biztosító nem köteles szolgáltatást teljesíteni. A *kizárások* felsorolását a jelen feltételek VI. fejezete tartalmazza.
- 13. KÍSÉRLETI KEZELÉS:** orvosi és műtéti felhasználásra, használatra szánt kezelések, eljárások, folyamatok, sorozatos kezelések, eszközök, gyógyszerek és gyógyszerészeti termékek, melyeket a nemzetközi orvosszakma által elismert különböző tudományos szervezetek még nem fogadtak el általánosan biztonságos, hatékony és megfelelő kezelésnek a *betegségek* és *sérülések* gyógyítására. Azok a módszerek is ide tartoznak, melyek vizsgálati, kutatási, tesztelési szakaszban, vagy a klinikai kipróbálás bármelyik stádiumában vannak.

14. **KONZULENS KARDIOLÓGUS:** szív- és kardiovaszkuláris megbetegedésekre szakosodott orvos.
15. **MEGLÉVŐ BETEGSÉG:** olyan *betegségek*, melyeket a biztosítás kockázatviselésének kezdete előtti 10 éves időszakban már diagnosztizáltak, kezeltek, vagy létezésük a biztosított előtt ismert volt.
16. **MŰTÉT:** minden olyan, diagnosztikai vagy terápiás céllal végzett sebészeti beavatkozás, amelyet a sebész bemetszés vagy más módon történő behatolás útján *kórházban* végez, és amely általában műtő használatához kötött.
17. **NEM INVAZÍV VAGY A KÖRNYEZETET EL NEM ÁRASZTÓ (IN SITU) RÁK:** rosszindulatú daganat, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejteiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a kötőszöveti vázat (stróma) vagy a környező szöveteket. Ez egy preinvaszív rosszindulatú tumor, amit kialakulásának kezdeti szakaszában diagnosztizálnak, és teljes eltávolítása esetén kedvező túlélési rátával rendelkezik.
18. **ORVOS:** olyan szakember, aki orvosi tevékenység végzésére törvényileg elismert szakképesítéssel rendelkezik.
19. **ORVOSILAG INDOKOLT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS:** olyan egészségügyi szolgáltatások és ellátások:
- 19.1. melyek a biztosított alapvető egészségi szükségleteinek biztosításához szükségesek; és
- 19.2. melyeket orvosszakmai szempontból leginkább megfelelőnek ítélt módon és körülmények között nyújtanak, figyelembe véve az egészségügyi szolgáltatás költségét és minőségét; és
- 19.3. melyek az alkalmazott kezelések típusát, gyakoriságát és hosszát tekintve összhangban vannak a biztosító által elismert orvosi, kutatási vagy egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek vagy kormányzati szervek tudományosan megalapozott irányelveivel; és
- 19.4. melyek a *betegség* vagy állapot diagnózisával összhangban vannak; és
- 19.5. melyek nem a biztosított vagy a biztosított *orvosának* kényelmi szempontjai miatt válnak szükségessé; és
- 19.6. melyek az általánosan elfogadott orvosi irodalom uralkodó nézetei szerint:
- 19.6.1. biztonságosak és hatékonyak annak az állapotnak vagy *betegségnek* a kezelésére vagy diagnosztizálására, amelyre javasolták; vagy
- 19.6.2. biztonságosak abban az értelemben, hogy ígéretesen hatékonyak életveszélyes állapotok vagy *betegségek* kezelésére klinikailag kontrollált kutatási környezetben.
20. **PROTÉZIS:** olyan eszköz, amely egy szervet vagy annak egy részét, vagy egy működésképtelen vagy rosszul működő testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti.
21. **SÉRÜLÉS:** a biztosított testét ért károsodás.

II. A BIZTOSÍTÁS TARTALMA

22. A jelen biztosítási szerződés fedezetet nyújt a biztosított számára a szerződés által *fedezett betegségek* kezeléséhez és *fedezett orvosi beavatkozásokhoz* kapcsolódó szolgáltatásokra és orvosi költségekre az alábbi feltételek mindegyikének maradéktalan teljesülése esetén:
- 22.1. a beavatkozás a kockázatviselés tartama alatt történik;
- 22.2. az orvosi beavatkozáshoz vezető diagnózist az *Inter-Consultation* (második orvosi vélemény) szolgáltatás keretében megerősítették;
- 22.3. az érintett *betegséget* vagy állapotot nem diagnosztizálták, és annak nem jelentkeztek tünetei a biztosítottnál a kockázatviselés kezdete előtt, vagy a kockázatviselés kezdetétől számított 180 napon belül;
- 22.4. a kezelés *orvosilag indokolt*;
- 22.5. az orvosi költségek nem haladják meg az 1. számú Függelékben megjelölt *biztosítási összeget* és kereteket;
- 22.6. a kezelést a *Best Doctors* szervezi a VII. fejezetben meghatározott *kárrendezési folyamattal* összhangban;
- 22.7. az orvosi költségek Magyarország területén kívül merülnek fel;
- 22.8. a biztosítási szerződés a IV. fejezetben foglaltak szerinti fedezetet nyújtja az orvosi diagnózis, kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer kapcsán felmerült költségekre.

III. A SZERZŐDÉS ÁLTAL FEDEZETT BETEGSÉGEK ÉS ORVOSI BEAVATKOZÁSOK

A szerződés a következő *betegségekre* és orvosi beavatkozásokra nyújt fedezetet:

23. **Rákos megbetegedés kezelése:** olyan rosszindulatú tumrok, köztük a leukémia, a szarkóma és a limfóma (kivéve a cutan limfóma) kezelése, amelyeket a rosszindulatú sejtek kontrollálatlan növekedése, szóródása és a szövetekbe való behatolása jellemez; valamint olyan a rosszindulatúvá válást megelőző állapotú (pre-malignus) tumrok és a környezetet el nem árasztó (in situ) rákok kezelése, amelyek nem terjednek tovább a hámszövetről, ahol kialakultak, és nem támadják meg a strómát vagy a környező szöveteket.
24. **Szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét (a szívizom vér-ellátásának helyreállítására):** *műtét* végrehajtása *konzulens kardiológus* javaslatára egy vagy több szívkoszorúér szűkületének vagy elzáródásának by-pass graft segítségével történő korrigálása céljából.
25. **Szívbillentyű cseréje vagy korrekciója:** *műtét* végrehajtása *konzulens kardiológus* javaslatára egy vagy több szívbillentyű cseréje vagy korrekciója céljából.
26. **Idegsebészeti beavatkozás:** az agyat vagy a koponyaúr más struktúráit, valamint a gerincoszlopban található jóindulatú tumorokat érintő *műtéti* beavatkozás.

27. **Élő donoros szervátültetés:** a vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult élő emberi donorból származó vese, májle-beny, tüdőlebeny, illetve hasnyálmirigy-rész *műtéti* úton tör-ténő átültetése.
28. **Csontvelő-átültetés:** csontvelő-sejtek transzplantációja csontvelő-átültetés vagy perifériás vér-őssejt transzplantáció útján:
- 28.1. a biztosított saját szervezetéből (autológ csontvelő-transzplantáció) vagy;
- 28.2. megfelelőnek bizonyult élő emberi donorból (allogén csontvelő-transzplantáció).

IV. A SZERZŐDÉS ÁLTAL FEDEZETT KÖLTSÉGEK (A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS)

29. A biztosítási szerződés (az 1. számú Függelékben meghatározott költségkeret erejéig) a – jelen különös feltételek III. fejezetében részletezett – *fedezett betegségek* és *fedezett orvosi beavatkozások* kapcsán felmerülő alábbi költségeket téríti meg:

30. Külföldi orvosi költségek

30.1. *Kórházi* ellátás költségei, úgymint:

- 30.1.1. a biztosított *kórházi* szobában, kórteremben, *kórházi* részlegen, intenzív ápolási vagy megfigyelési osztályon történő elhelyezésének, étkeztetésének és általános ápolásának költsége a benntartózkodás ideje alatt;
- 30.1.2. egyéb *kórházi* szolgáltatások költsége, ideértve a *kórház* járóbeteg részlegei által nyújtott szolgáltatások költségét és a biztosított kísérője számára biztosított vendégágy költségét, feltéve, hogy a *kórház* ilyen szolgál-tással rendelkezik;
- 30.1.3. műtő és szolgáltatásainak használati költsége.

30.2. Egnapos sebészeti beavatkozásokat végző ambulanciákon vagy független egészségügyi központokban történő kezelés, *műtét*, orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer költsége, de csak akkor, ha ezekre *kórházi* ellátás esetén a biztosítás fedezetet nyújtana.

30.3. Orvos által végzett vizsgálat, kezelés, egészségügyi ellátás vagy *műtét* költsége.

30.4. A *kórházi fekvőbeteg gyógykezelés* ideje alatti orvosi vizitek költsége.

30.5. A következő egészségügyi és műtéti szolgáltatások, kezelések vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerek költsége:

- 30.5.1. érzéstelenítés és altatás, valamint az ezekhez használt szerek beadásának költségei, feltéve, hogy az érzéstelenítést és altatást szakképzett aneszteziológus végzi;
- 30.5.2. laboratóriumi és patológiai vizsgálatok, diagnosztikai célú röntgen vizsgálatok, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, elektrokardiogram (EKG), szívultra-

hang, a gerincvelőről készült röntgenfelvétel (myelogram), elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputer tomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és kezelések, melyek a *fedezett betegségek* diagnosztizálásához és kezeléséhez, illetve a *fedezett orvosi beavatkozásokhoz* szükségesek, feltéve, hogy ezeket orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;

30.5.3. vérátömlesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;

30.5.4. oxigén használata, valamint intravénás oldatok és injekciók alkalmazása.

30.6. Orvosi rendelvényre alkalmazott *gyógyszerek* költsége a *fedezett betegségek* kezelésének vagy a *fedezett orvosi beavatkozás* miatt szükségessé vált *kórházi fekvőbeteg gyógykezelésnek* a tartama alatt. A gyógykezelés poszt-operatív szakaszára előírt *gyógyszerek* költsége a biztosított külföldi kezelésének végét követő 30 napra megtérítésre kerül, feltéve, hogy a *gyógyszereket* a Magyarországra történő visszaérkezés előtt szerezték be.

30.7. Mentőautóval vagy légimentővel történő szállítás költsége, ha azt orvos írja elő, és a *Best Doctors* előzőleg jóváhagyja.

30.8. Az élő szervdonor számára a beültetendő szerv eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgymint:

30.8.1. a lehetséges donorok kereséséhez kapcsolódó egyes költségek;

30.8.2. a donornak nyújtott *kórházi* szolgáltatások költsége, ideértve a donor *kórházi* szobában, kórteremben vagy részlegen történő elhelyezésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolási költségeket, a *kórházi* személyzet szokásos szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költségét és a *kórház* egyéb eszközei, berendezései használatának költségét (kivéve azoknak a személyes használatú eszközöknek a költségét, melyek nem szükségesek a szerv- vagy szöveteltávolítás lebonyolításához);

30.8.3. a transzplantáció érdekében a donoron végzett szerv- vagy szöveteltávolításhoz kapcsolódó *műtét* és egészségügyi szolgáltatások költsége.

30.9. A biztosítottba történő szövetátültetéshez kapcsolódóan a csontvelő kultúrákhoz szükséges anyagok és szolgáltatások költsége. Jelen költségtípus biztosításból történő finanszírozása csak attól az időponttól lehetséges, amikor az első, szerződés által fedezett egészségügyi költség felmerült.

31. Utazási költségek

31.1. A *Best Doctors* által jóváhagyott, kizárólag külföldi kezelés céljából történő utazás költségei a biztosított és egy kísérője (továbbá szervátültetés esetén az élő donor) számára. Az utazás teljes lebonyolítását kizá-

ról a *Best Doctors* végezheti, a biztosított vagy a nevében eljáró harmadik fél által szervezett utazás költségeit a biztosító nem téríti meg.

31.2. A *Best Doctors* felel az utazás időpontjának a jóváhagyott kezelési időtervhez igazodó megválasztásáért. Az utazás időpontjáról a biztosítottat legalább 10 nappal az indulás előtt tájékoztatják annak érdekében, hogy elegendő időt biztosítsanak személyes ügyei elintézésére.

31.3. Amennyiben a biztosított megváltoztatja a *Best Doctors* által megadott utazási időpontot, a biztosítottnak kárpótolnia kell a biztosítót és/vagy a *Best Doctors*-t minden, az új utazási időpont megszervezésével és biztosításával kapcsolatos költségért, kivéve, ha orvosi szempontból a *Best Doctors* is szükségesnek tartja az utazás átszervezését.

31.4. A szerződés által fedezett utazási költségek a következőket tartalmazzák:

31.4.1. A biztosított állandó lakhelyéről a biztosított és egy kísérője (továbbá szervátültetés esetén az élő donor) számára megszervezett utazás a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra, másodosztályú vonat- vagy repülőjegy térítése a kezelés helye szerinti településre, illetve a kijelölt szállodába.

31.4.2. A *Best Doctors* által kijelölt személyzet elkíséri a biztosítottat a biztosított állandó lakhelyéről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra, illetve az érkezési repülőtérről vagy nemzetközi vasútállomásról a kijelölt szállodába.

31.4.3. A biztosított kérheti, hogy a *Best Doctors* adjon általa kijelölt kísérőt úgy az oda-, mint a visszautazás során.

31.5. Az utazási kérelmek számát nem korlátozzák, azonban a *Best Doctors*-nak a szerződés feltételei és tartalma szerint minden egyes utazást előre jóvá kell hagynia.

32. Szállásköltségek

32.1. A *Best Doctors* által jóváhagyott, kizárólag a külföldi kezelés céljából történő utazás során felmerülő szállásköltségek a biztosított és egy kísérője (továbbá szervátültetés esetén az élő donor) számára. A szállásfoglalás teljes lebonyolítását kizárólag a *Best Doctors* végezheti, a biztosított vagy a nevében eljáró harmadik fél által foglalt szállás költségeit a biztosító nem téríti meg.

32.2. A *Best Doctors* felel a jóváhagyott kezelési időtervhez igazodó szállásfoglalásért. A foglalás időpontjáról legalább 10 nappal az indulás előtt tájékoztatják a biztosítottat annak érdekében, hogy elegendő időt biztosítsanak személyes ügyei elintézésére.

32.3. A *Best Doctors* határozza meg a kezelés befejezéséhez igazodóan a visszautazás időpontját, feltéve, hogy a kezelőorvos a biztosítottat már utazásra alkalmasnak nyilvánította.

32.4. Amennyiben a biztosított megváltoztatja a *Best Doctors* által lefoglalt és közölt utazási időpontot, a biztosítottnak kárpótolnia kell a biztosítót és/vagy a *Best Doctors*-t minden, az új szállásfoglalási időpont átszervezésével és biztosításával kapcsolatos költségért, kivéve, ha orvosi szempontból a *Best Doctors* is szükségesnek tartja az utazás átszervezését.

32.5. A biztosítási szerződés által fedezett szállásköltségek a következőket tartalmazzák:

32.5.1. Kétágyas vagy franciaágyas szoba egy magas színvonalú (3/4 csillagos) szállodában, amely a biztosított érdekeinek a legjobban megfelel. (A szálloda a szabad helyektől függően a kórház vagy a kezelőorvos 10 km-es körzetében kerül kiválasztásra).

32.6. A reggelit, az étkezéseket és az egyéb szállodai költségeket a biztosítás nem fedezi. A biztosított nem kérhet magasabb színvonalú szállodai szolgáltatást saját költségére.

32.7. A térített szállodai éjszakák száma nem korlátozott; a foglalás hossza a kezelés időtartamához igazodik.

33. Hazaszállítási költségek

33.1. Amennyiben a biztosított (illetve szervátültetés esetén az élő donor) a szerződés alapján szervezett gyógykezelés során a lakóhelye szerinti országon kívül elhalálozik, a biztosító fedezi az elhunyt földi maradványainak Magyarországra történő hazaszállítását.

33.2. A fedezet kizárólag azon szolgáltatásokra és ellátásokra terjed ki, amelyek az elhunyt holttestének felkészítéséhez és Magyarországra történő szállításához szükségesek, ideértve:

33.2.1. a nemzetközi hazaszállítást szervező temetkezési vállalat által nyújtott szolgáltatásokat, köztük a balzsamozási eljárást és az összes adminisztratív intézkedés költségeit;

33.2.2. a minimális követelményeknek megfelelő koporsót;

33.2.3. az elhunyt földi maradványainak a repülőtértől a magyarországi temetkezési helyre történő szállítását.

34. Gyógyszerek költségei

34.1. A *Best Doctors* által az előzetes fedezetigazolásban jóváhagyott, a fedezett betegségek kezelése vagy fedezett orvosi beavatkozások után szükségessé váló, Magyarországon vásárolt gyógyszerek költségei feltéve, hogy a gyógyszerek

34.1.1. műtét vagy

34.1.2. olyan kórházi fekvőbeteg gyógykezelés, amely legalább 4 éjszakai bennfekvés, vagy legalább 7 napig tartó járóbeteg-gyógykezelés miatt váltak szükségessé.

34.2. Az e szolgáltatás igénybevételére jogosító fedezet csak az alábbiakra terjed ki:

34.2.1. a *gyógyszert* a biztosítottat kezelő nemzetközi orvos/orvosok a *Best Doctors*-on keresztül

- javasolta/javasolták a folytatólagos kezelés szükséges részeként;
- 34.2.2. a *gyógyszert* Magyarországon az illetékes egészségügyi szakhatóság vagy szervezet engedélyezte és hagyta jóvá, és felírása valamint beadása szabályozott;
- 34.2.3. a *gyógyszer* Magyarországon csak *orvosi* rendelvényre kapható;
- 34.2.4. a *gyógyszer* Magyarországon megvásárolható;
- 34.2.5. a *gyógyszer* legfeljebb 2 hónapra elegendő dózisokban kerül felírásra.

34.3. A szolgáltatás nem fedezi:

- 34.3.1. a magyar társadalombiztosítás, illetve az egyéb biztosítás által fedezett *gyógyszer*költségeket;
- 34.3.2. a *gyógyszer* beadásának költségeit;
- 34.3.3. a nem Magyarországon vásárolt *gyógyszerek* költségeit;
- 34.3.4. a *gyógyszer* vásárlásáról kiállított számlát, amennyiben 180 nappal a vásárlás után nyújtják be a biztosítónak.

35. **Támogatás és pénzvisszatérítés**

- 35.1. A 34. pontban rögzített vásárlást közvetlenül a biztosított bonyolítja le és fizeti meg. A biztosító a vonatkozó vény másolata, eredeti számla és fizetési igazolás biztosítóhoz való beküldése után téríti meg a biztosított e körben felmerülő költségeit.
- 35.2. Amennyiben a *gyógyszer* költségeit a társadalombiztosítás vagy a biztosított más biztosítása részben fedezi, a visszatérítésre irányuló kérelemben egyértelműen el kell különíteni a teljes mértékben, illetve részben a biztosított által fedezett költségeket.

V. **KÓRHÁZI NAPI TÉRÍTÉS**

36. **Kórházi napi térítés:** az 1. számú Függelékben rögzített kereteken belül, a *Best Doctors* által az *előzetes fedezetigazolásban* – a szerződés által *fedezett betegségek* kezelése és a *fedezett orvosi beavatkozások* céljából – jóváhagyott *kórházi* benttartózkodás minden teljes 24 órájára járó napi költségtérítés.

VI. **KIZÁRÁSOK**

A biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakban meghatározott költségekre és eseményekre.

37. **ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK:**

- 37.1. minden olyan költség, amely a III. fejezetben nem kifejezetten körülírt *fedezett betegségek* vagy *fedezett orvosi beavatkozások* kapcsán merül fel;
- 37.2. minden olyan költség, amely *fedezett betegségek* vagy *fedezett orvosi beavatkozások* kapcsán merül fel olyan biztosított esetében, aki a diagnózis felállításakor nem rendelkezik állandó tartózkodási hellyel Magyarországon;

- 37.3. minden olyan *betegség* vagy *sérülés* kapcsán felmerülő költség, mely háború, terrorcselekmény, szeizmikus földrengés, lázadás, felkelés, árvíz, vulkánkitörés, valamint a nukleáris reakció és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is;
- 37.4. minden olyan egészségügyi kiadás, amely alkoholizmussal, kábítószer-függőséggel és/vagy bódító hatású anyagok használatával kapcsolatban vált szükségessé túlzott alkoholfogyasztás és/vagy pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén szerek használata miatt. Szintén kizárásra kerülnek a biztosításból a biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint a saját magának szándékosan okozott sérüléseinek következményei, illetve az ebből eredő *betegségek*;
- 37.5. minden költség, amely a biztosított olyan *betegségeivel* vagy állapotaival kapcsolatban merül fel, amelyeket szándékosan vagy csalárd módon idézett elő, vagy amelyek a biztosított súlyosan gondatlan magatartásának, illetve az általa elkövetett bűncselekménynek a következményei.

38. **ORVOSI, EGÉSZSÉGÜGYI KIZÁRÁSOK:**

- 38.1. minden *meglévő betegség*;
- 38.2. *kísérleti kezelés*, valamint minden olyan diagnosztikai, terápiás és/vagy műtéti beavatkozás, melyek biztonságosságát és megbízhatóságát a megfelelő módon tudományosan nem igazolták;
- 38.3. minden olyan orvosi beavatkozás, mely összefüggésben áll a biztosított AIDS (szerzett immunhiányos szindróma) vagy HIV (emberi immunhiány-előidéző vírus) fertőzöttségével vagy ezek kezelésével, vagy az ezekből következő bármilyen állapottal (ideértve a Kaposi szarkómát);
- 38.4. minden olyan szolgáltatás, amely a III. fejezetben definiált *fedezett betegségek* kezeléséhez és a *fedezett orvosi beavatkozások* elvégzéséhez *orvosilag nem indokolt*;
- 38.5. minden olyan nem szervátültetéshez kapcsolódó kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer költsége, amely olyan *betegség* kapcsán merül fel, melyre a legmegfelelőbb gyógy mód a szervátültetés;
- 38.6. minden olyan megbetegedés, melyet szervátültetés okozott, kivéve, ha az adott megbetegedés a szerződés által *fedezett betegség*, vagy a szerződés által *fedezett orvosi beavatkozást* igényel.
- 38.6.1. A biztosítási szerződés által fedezett szerv- és csontvelő-átültetéssel közvetlenül összefüggő komplikációk, amelyek a műtét során vagy a műtét utáni lábadozás alatt merülnek fel Magyarország területén kívül, a transzplantáció következményének minősülnek, így azokra a biztosítási fedezet kiterjed.

39. **Nem fedezett költségek, kiadások:**

- 39.1. minden olyan, diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy orvosi rendelvényre al-

- kalmazott gyógyszerrel kapcsolatos vagy abból következő költség, amely Magyarországon merül fel, kivéve a IV. fejezetben szereplő *gyógyszerek* költségeit;
- 39.2. minden olyan költség, amely a kockázatviselés első 180 napja alatt diagnosztizált *betegséggel* vagy olyan *betegséggel* kapcsolatban merül fel, amelynek első tünetei ezen időszak alatt jelentek meg, kivéve a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesetek következményeit;
- 39.3. minden olyan költség, amely az *előzetes fedezetigazolás* kibocsátása előtt merül fel;
- 39.4. minden olyan költség, amely az *előzetes fedezetigazolásban* engedélyezett és megjelölt *kórháztól* eltérő *kórházban* merül fel;
- 39.5. minden olyan költség, amely a VII. fejezetben ismertetett *kárrendezési folyamat* be nem tartása esetén merül fel;
- 39.6. minden olyan költség, mely a biztosított felügyeletéhez, illetve őrzéséhez kapcsolódó szolgáltatások, otthoni ápolási szolgáltatások, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősok otthonában nyújtott szolgáltatások kapcsán merül fel, még akkor is, ha ezek a szolgáltatások a szerződés által *fedezett betegségek* vagy *orvosi beavatkozások* folytán válnak szükségessé;
- 39.7. mindenfajta *protézis* vagy egyéb ortopédiai eszköz, fűzők, kötszerek, mankók, művégtagok és szervek, parókák (még abban az esetben is, ha használatuk kemoterápiás kezelés következtében válik szükségessé), ortopéd cipők, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök megvásárlásának vagy bérlésének költsége, kivéve az emlőeltávolító *műtét* esetében használt mellprotézisek, valamint a szívbillentyű protézisek költségét;
- 39.8. minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az ezekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlése kapcsán merül fel;
- 39.9. minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem engedéllyel rendelkező gyógyszerésztől vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető;
- 39.10. minden, az *alternatív gyógyászat* igénybevételéhez kapcsolódó költség, ideértve a kifejezetten orvos által előírt kezelést is;
- 39.11. minden olyan költség, amely *agyi szindróma*, szenilitás vagy agykárosodás miatt szükségessé vált orvosi felügyelet vagy zárt osztályra helyezés kapcsán merül fel, függetlenül ezek előrehaladottságának fokától;
- 39.12. az olyan tolmácsolási, telefonhasználati és egyéb költségek, melyek személyes célú használattal jellemezhető vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel, illetve amelyek rokonok, látogatók vagy kísérők részére nyújtott szolgáltatások kapcsán merülnek fel;
- 39.13. minden olyan költség, amely a biztosított, a biztosított rokonai, látogatói és kísérői kapcsán merül fel, ki-

véve azokat, amelyeket a szerződés kifejezetten megenged;

39.14. minden olyan egészségügyi költség, amely nem szokványos vagy nem indokolt mértékű;

39.15. minden olyan költség, amely a kijelölt szálloda és a *kórház* vagy a kezelőorvos közötti rendszeres utazással kapcsolatban merül fel.

40. Kizárt betegségek és orvosi beavatkozások

40.1. A *rákos megbetegedések kezelése* vonatkozásában:

40.1.1. minden tumor, a szerzett immunhiányos szindróma (AIDS) jelenlétében;

40.1.2. a bőrrák, kivéve a rosszindulatú (malignus) melanómákat.

40.2. A *szívkoszorúér áthidaló (by-pass) műtét* vonatkozásában:

40.2.1. minden olyan szívkoszorúér megbetegedés, melynek kezelése során a by-pass *műtét*től eltérő technikát alkalmaztak, így például az angioplasztikai *műtét* bármely típusát;

40.3. Az *élő donoros szerv- és szövetátültetés* vonatkozásában:

40.3.1. az olyan transzplantáció, amely alkoholizmus következtében kialakuló májbetegség miatt válik szükségessé;

40.3.2. az olyan transzplantáció, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre, kivéve a csontvelő-átültetést;

40.3.3. az olyan transzplantáció, melyben a biztosított egy harmadik fél donorjaként szerepel;

40.3.4. szervátültetés halott donorból;

40.3.5. bármely transzplantáció, amely összejt átültetést tartalmaz;

40.3.6. az olyan transzplantáció, mely a donor szerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.

VII. KÁRRENDEZÉSI FOLYAMAT

41. Ha a biztosítottnál a III. fejezetben definiált valamely *fedezett betegséget* diagnosztizáltak vagy a *fedezett orvosi beavatkozások* valamelyikét javasolták, a biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy az alábbi folyamat szerint kell, hogy eljárjon.

42. A jelen pontban szabályozott *kárrendezési folyamatnak* való megfelelés előfeltétele annak, hogy a biztosított jogosult legyen a szerződés által *fedezett betegségekkel* és *orvosi beavatkozásokkal* kapcsolatos bármilyen kezelésre, szolgáltatásra, ellátásra vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerre.

43. Kárbejelentés

43.1. A biztosított vagy a biztosított nevében jogszerűen eljáró személy köteles a lehető leghamarabb felvenni a kapcsolatot a Biztosítóval, hogy bejelentse a potenciális *káreseményt*, és igényelje a második orvosi szakvélemény (*InterConsultation*) szolgáltatást.

- 43.2. A Biztosító tájékoztatja a *Best Doctors*-t a kárigényről, és igény esetén közreműködik a további ügyintézésben.
- 43.3. A kárrendezési folyamat során minden kommunikáció magyar nyelven történik.
- 43.4. Ezt követően, a *Best Doctors* közvetlenül tájékoztatja a biztosítottat minden olyan lépésről, mely a második orvosi szakvélemény elkészítéséhez szükséges, ideértve a biztosított által aláírt meghatalmazást, amely alapján a *Best Doctors* releváns diagnosztikai vizsgálatokat és orvosi dokumentációt kérhet.
- 43.5. A második orvosi szakvélemény célja, hogy megerősítse a diagnózist és a szerződésben foglalt fedezetet.
- 44. A kárigény elbírálása és a külföldi kórház kiválasztása**
- 44.1. A második orvosi szakvélemény (*InterConsultation*) elkészülte után megerősítésre kerül, hogy a kárigényre kiterjed-e a biztosítási fedezet. Amennyiben a biztosított úgy dönt, hogy igénybe veszi a Magyarországon kívüli gyógykezelést, a *Best Doctors* 10 munkanapon belül eljuttatja a biztosított részére az általa javasolt külföldi kórházak listáját.
- 45. Külföldi gyógykezelés: előzetes fedezetigazolás**
- 45.1. Amikor a *Best Doctors*-hoz megérkezik, hogy a biztosított a javasolt kórházak közül melyikben kívánja a kezelést igénybe venni, a *Best Doctors* 10 munkanapon belül mind logisztikailag, mind orvosilag teljes körűen megszervezi a választott kórházba történő felvételt, továbbá egy *előzetes fedezetigazolás* bocsát ki, mely kizárólag a kiválasztott kórházra érvényes.
- 45.2. Az *előzetes fedezetigazolásban* megjelölttől eltérő kórházban felmerült költségekre a szerződés nem nyújt fedezetet.
- 45.3. Az *előzetes fedezetigazolás* kibocsátása előtt felmerült költségekre a szerződés nem nyújt fedezetet.
- 45.4. A javasolt kórházak listáját és az *előzetes fedezetigazolást* a *Best Doctors* a biztosított kibocsátáskori egészségi állapota alapján állítja ki. Tekintettel arra, hogy a biztosított egészségi állapota változhat, ezek a dokumentumok a kibocsátásuktól számított három hónapig érvényesek.
- 45.5. Amennyiben a biztosított ez idő alatt nem választotta ki a kórházat vagy nem kezdte meg a kezelést az *előzetes fedezetigazolásban* jóváhagyott kórházban, a *Best Doctors* a biztosított aktuális egészségi állapota alapján újra kiállítja ezeket a dokumentumokat.
- 46. A külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó költségek megtérítése**
- 46.1. Mindaddig, amíg az *előzetes fedezetigazolásban* foglalt feltételek fennállnak, a biztosító a szerződésben foglalt szolgáltatások szerint közvetlenül átvállalja és megfizeti a biztosított vonatkozásában felmerülő költségeket a biztosítási szerződésben meghatározott korlátozásokkal, *kizárásokkal* és feltételekkel.
47. A biztosított, valamint a biztosított hozzátartozói kötelesek hozzájárulni, hogy a *Best Doctors*-t vagy a biztosítót képviselő orvosok bármikor felkeressék a biztosítottat, és a biztosító által a *kárrendezési folyamat* szempontjából lényegesnek ítélt minden információt, felvilágosítást beszerezzenek, mely célból a biztosított ugyancsak felmenti az őt kezelő orvosokat az orvosi titoktartás alól.
- 47.1. Ezen kötelezettségek megsértése esetén a biztosított azonnali hatállyal elveszti a jogát a biztosítási szerződésből eredő, adott *káreseményhez* kapcsolódó *biztosítási szolgáltatásra*.
- VIII. TARTAM**
48. A biztosítási szerződés határozatlan tartamú az alábbiak szerint: a 3. biztosítási időszak utolsó napját legkésőbb 60 nappal megelőzően a biztosító írásban jelzi a szerződés meghosszabbításának lehetőségét további egy biztosítási időszakra. Amennyiben a szerződő a fenti időpontot megelőző 30 napig nem jelzi a megszüntetési igényét, a szerződés újabb 1 évre meghosszabbodik. A továbbiakban amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a szerződő, sem a biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik, de legkésőbb annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján megszűnik, amelyben a biztosított a 85. életévét betölti.
- IX. A DÍJFIZETÉS ELMULASZTÁSÁNAK KÖVETKEZMÉNYEI**
49. Amennyiben a szerződő a biztosítás folytatólagos díját az esedékességkor nem egyenlíti ki teljes mértékben, a biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a szerződő felet a felszólítás elküldésétől számított harmincnapos póthatáridő kitűzésével a teljesítésre írásban felhívja. A póthatáridő eredménytelen elteltével a szerződés az esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik kivéve, ha a biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti. Az első elmaradt díj esedékességétől számított 30 nap eltelte után a biztosított nem jogosult a *biztosítási szolgáltatások* igénybe vételére mindaddig, amíg az elmaradt díjakat nem egyenlíti ki.
50. A díjfizetés elmulasztása miatt megszünt biztosítási szerződés nem reaktiválható, azaz nem helyezhető újra érvénybe.
- X. DÍJMÓDOSÍTÁS**
51. A biztosító a biztosítási időszak kezdetével jogosult a biztosítás díjának a nyújtott szolgáltatások forintban mért piaci árainak változása, továbbá a biztosítási események biztosított kockázatközösségen mért gyakorisága miatti felülvizsgálatára, és biztosításmatematikai alapon új díjtétel megállapítására.

51.1. A devizaárfolyam jelentős változás esetén a biztosító jogosult a biztosítási díj biztosítási időszakon belüli módosítására.

52. A módosított díjról a biztosító annak érvénybe lépése előtt 60 nappal írásban tájékoztatja a Szerződőt.

53. A Szerződőnek jogában áll az emelést a módosított díj érvénybe lépését megelőző 30. napig írásban visszautasítania. Amennyiben a Szerződő visszautasítja a díjmódosítást, úgy a biztosítási szerződés a módosított biztosítási díj érvénybe lépését megelőző napon megszűnik.

54. Az 53. pontban meghatározott díjmódosításon túlmenően értékkövetésre nincs lehetőség.

XI. A SZOLGÁLTATÁS ELLEHETETLENÜLÉSE

55. Abban az esetben, ha a biztosító és a *Best Doctors* között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés bármilyen okból megszűnik, a biztosító a biztosítási szerződést a szolgáltatás ellehetetlenülésének napjára felmondhatja, azzal, hogy ebben az esetben a biztosító köteles a kockázatviseléssel nem fedezett időszakra vonatkozó biztosítási díjat a Szerződőnek visszafizetni. A szerződés megszűnéséről a biztosító írásban tájékoztatja a Szerződőt.

56. A biztosító és a *Best Doctors* között a biztosítás szolgáltatásainak nyújtására létrejött szolgáltatási szerződés megszűnése esetén a folyamatban lévő kárügyekre vonatkozóan a szolgáltatás – lehetőség szerint – a megszűnéstől számított 24 hónapon keresztül marad fenn.

XII. MARADÉKJOGOK

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

XIII. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

58. 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 esetlegesen elkövetett orvosszakmai hibákkal kapcsolatos panaszokat az ellátást végző szervezethez továbbítja, és közreműködik abban, hogy az egészségügyi szolgáltató a panaszt kivizsgálja, és a kivizsgálás eredményéről a panaszost tájékoztassa.

59. A Szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy jelen ajánlat megtételekor a szerződési feltételekben meghatározott ellátásszervező szolgáltató a *Best Doctors*, amely a biztosítóval kötött külön szerződés alapján jogosult arra, hogy a jelen biztosítás keretében az ellátás-szervezési tevékenységet a biztosítottak tekintetében elvégezze. A biztosítónak jogában áll az ellátásszervező egészségügyi szolgáltató személyét – a Szerződő tájékoztatása mellett – szerződés tartamán belül bármikor megváltoztatni.

A Med TopDoc betegségbiztosítás különös feltételeihez

(Az egyes szolgáltatásokról további információk a Med TopDoc betegségbiztosítás különös feltételeiben találhatóak.)

Az **InterConsultation™** és a **FindBestCare®** elnevezésű egészségügyi szolgáltatásokhoz rendelt térítési összeghatárok:

Szolgáltatások	Biztosítási összegek és limitek
InterConsultation™ Szolgáltatás (második orvosi vélemény)	korlátlan
Orvosi, utazási és szállásköltségek térítése	1 millió euró/év
	2 millió euró/tartam
Külföldi kórházi kezelés esetén költségtérítés	100 euró/nap (maximum 60 nap/eset)
Utókezelés belföldi gyógyszerköltsége	50 ezer euró/tartam

Érvényes 2014. május 1-től visszavonásig.

