

# Feltétel

## MedHelp III. Betegségbiztosítás

2023. május 31-től érvényes

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 fontosabb elemeket kiemelő **Ügyfélértékező** is tartalmazza.

A biztosítási termék neve: **MedHelp III. betegségbiztosítás, amely betegségből eredő biztosítási eseményekre nyújt biztosítási védelmet.**

Betegbiztosítás esetében az alábbi csomagok érhetők el:

1. Bázis (325)
2. Standard (326)
3. Optimum (327)
4. Premium (328)

Az egyes biztosítási csomagok úgy kerültek kialakításra, hogy a Biztosított életvitelének megfelelő biztosítási védelemmel rendelkezzen. Az egyes biztosítási csomagokhoz tartozó fedezetekről részletes tájékoztatást talál 3. számú Függelékben.

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

1. *Biztosítási Feltételek:*

- A) Ügyfélértékező
- B) Általános Rendelkezések
- C) Általános Szerződési Feltételek (továbbiakban: „ÁSZF”)
  1. számú Függelék: A MedHelp III betegségbiztosítás biztosítási eseményei és szolgáltatásai
  2. számú Függelék: A biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető okiratok
  3. számú Függelék: MedHelp III betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai és díjszabása
  4. számú Függelék: Műtéti térítések kivonatos listája
  5. számú Függelék: Tájékoztató az orvosi asszisztencia szolgáltatásról

2. *Ajánlat*

3. *Kötvény, illetve záradékok* (amennyiben a Szerződés záradékkal jön létre)

# A) Ügyfélértékelő

## 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 jelentés a Biztosító honlapján ([www.uniqa.hu](http://www.uniqa.hu)) érhető el.

## A.4. TANÁCSADÁS

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

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

Amennyiben a jelen Ügyfélértékelőben és a hozzá kapcsolódó Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási terméket az Ön részére a Biztosítótól **független biztosításközvetítő alkusz**, vagy – a Biztosító ügynökével nem azonos – **független biztosításközvetítő többes ügynök** közvetíti, **az alkusz/többes ügynök biztosításközvetítői (ügyfél)tájékoztatójában olvashat részletesen arról, hogy nyújtanak-e tanácsadást.**

## A.5. A KÖZREMŰKÖDŐK JAVADALMAZÁSA

A Biztosító – biztosításközvetítőnek nem minősülő – közreműködői tevékenységüket munkaviszony keretében végzik, amelyért a munkaviszonyukra jellemző javadalmazásban részesülnek.

## A.6. TOVÁBBI FONTOS TUDNIVALÓK A BIZTOSÍTÁSI TERMÉKRŐL

- a biztosítási időszak és tartam meghatározását az ÁSZF C.5 pontja;
- a Biztosító kockázatviselésének kezdetét az ÁSZF C.4 pontja;
- a biztosítási esemény(ek)e)t az 1. számú Függelék tartalmazza;
- a díjfizetésre vonatkozó feltételeket, az ÁSZF C.7 pontja;
- a Biztosító szolgáltatásait, azok teljesítésének módját, idejét és a lehetőségeket a 1. számú és a 2. számú Függelék tartalmazza;
- a Szerződés megszűnésére vonatkozó tudnivalókat az ÁSZF C.11 pontja;
- a szerződésmódosítás és felmondás feltételeit az ÁSZF C.12 pontja;
- a Biztosító mentesülését és a nem vállalható (kizárt) kockázatokat az ÁSZF C.13 és C.14 pontjai szabályozzák.

## A.7. JOGSZABÁLYOK ÁLTAL MEGHATÁROZOTT, EGYÉB FONTOS INFORMÁCIÓK

- **A jogszabályoktól és a szokásos szerződési gyakorlattól eltérő rendelkezéseket az ÁSZF C.16 pontja tartalmazza.**
- **Az elévülési idő a Ptk-tól eltérően 2 év.**
- A Biztosító biztosítja, hogy az ügyfél és a fogyasztói érdekvédelmi szervek a Biztosítóra és a termékértékesítésbe bevont személyekre vonatkozó esetleges panaszukat szóban vagy írásban az Általános Rendelkezések B.2 pontjában foglaltak szerint terjeszthetik elő. [3]
- A biztosítási titokkal, a Biztosító adatkezelésével, az adattovábbítással kapcsolatos tudnivalókat az Általános Rendelkezések B.3. pontja tartalmazza.
- **A Szerződés és a kapcsolattartás nyelve magyar.**
- **A Szerződésre a magyar jogot kell alkalmazni.**

## A.8. GYAKRAN ISMÉLT KÉRDÉSEK

### A.8.1. Mi a teendő a biztosítási esemény bekövetkeztekor?

#### 1. Mielőtt kapcsolatba lép velünk a Kedvezményezett (Biztosított)

Kérjük, vegye elő a biztosítási kötvényt, vagy egyéb dokumentumot (pl. díjertesítő, ajánlat), amely tartalmazza a biztosítási szerződés kötvényszámát. A kötvényszám megadása ugyanis elengedhetetlen a szolgáltatási esemény bejelentésekor.

#### 2. Szolgáltatási igénybejelentés

- A szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány a Biztosító honlapján érhető el a következő helyen: <https://www.uniqa.hu/baleset-es-betegsegbiztositasi-igenybejelentes>
- A szolgáltatási igény bejelenthető személyesen, írásban vagy szóban a Biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) ügyfélfogadási időben. Az Ügyfélszolgálat nyitvatartásáról a Biztosító honlapján a következő helyen tájékozódhat: <https://www.uniqa.hu/kapcsolat>
- A kitöltött szolgáltatási igénybejelentő nyomtatvány és a biztosítási esemény körülményeit igazoló dokumentumok másolatai postai úton megküldhetők az UNIQA Biztosító Zrt. (1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74.) postai levelezési címére, illetve elektronikus úton az [betegsegkar@uniqa.hu](mailto:betegsegkar@uniqa.hu) e-mail címre.

#### 3. Mit kérhet a Biztosító?

- Hiánytalanul kitöltött igénybejelentő nyomtatványt,
- a Biztosítási Feltételek 2. számú Függelékében megadott dokumentumokat.

A Biztosító által a szolgáltatási igény elbírálásához elengedhetetlenül fontos dokumentumokról bővebben a Biztosítási Feltételek 2. számú Függelékében olvashat.

#### 4. Biztosítási esemény bekövetkeztekor hogyan zajlik a Biztosító szolgáltatás nyújtása?

A szolgáltatási igény vizsgálata során a Biztosító tájékoztatja az igénybejelentő személyt, vagy a Kedvezményezettet a biztosítási esemény vizsgálatához szükséges dokumentumok benyújtásáról, a kifizetésről, vagy a kifizetés esetleges akadályáról.

## 5. Mikor kapja meg a Kedvezményezett a biztosítási összeget?

A Biztosító a bejelentett szolgáltatási igény jogosságát az elbíráláshoz elengedhetetlenül szükséges valamennyi okirat másolatának beérkezésétől számított 8 napon belül elbírálja, a kifizetést pedig az elbírálást követő 15 napon belül teljesíti, amennyiben teljesítésre kötelezett.

### A.8.2. Milyen fedezetekre nyújt szolgáltatást a Biztosító?

A Biztosító a Szerződő által az ajánlattételkor választott biztosítási csomag alapján, az 1. számú Függelékben részletezettek szerinti szolgáltatást nyújtja. Az egyes biztosítási csomagok tartalmáról részletes tájékoztatást talál az 3. számú Függelékben. Ez lehet a választott csomagtól függően: kórházi ápolás, műtéti térítés, gyógyulási támogatás, kiemelt kockázatú betegségek, 70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás, csonttörés, égési sérülés, gyerek születése estén nyújtott egyszeri támogatás, összejtétele estén nyújtott támogatás

### A.8.3. Mi a biztosítási összeg?

A biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító szolgáltatásként kifizetésre kerülő összeg. A biztosítási összeget minden esetben a Szerződő köteles meghatározni, a gyakorlatban azonban ehhez a Biztosító segítséget nyújt az erre a célra kidolgozott csomagok által.

### A.8.4. Milyen tartamra köthető a biztosítás?

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

### A.8.5. Mi a biztosítási díj?

A Biztosító fedezetvállalásának és biztosítási szolgáltatásának ellenértéke. A Biztosító, a szerződésen megjelölt Biztosítottra történő kockázat vállalását, valamint a biztosítási esemény bekövetkezésekor a szolgáltatás teljesítését a Szerződő által rendszeresen fizetendő biztosítási díj ellenében vállalja. A biztosítási díj többféle módon és gyakorisággal is fizethető.

### A.8.6. Hogyan fizethetem be a biztosítási díjat?

#### A.8.6.1. Csoportos beszédési megbízás

A számláját vezető pénzügyintézet részére eljuttatott megbízás alapján, az Ön által választott díjfizetési gyakoriság szerint automatikusan levonjuk számlájáról a biztosítási díjat, vagy netbank hozzáférés esetén egyszerűen és gyorsan megadhatja a biztosítási díj levonásához szükséges megbízást az alábbiak szerint:

Kedvezményezett neve: UNIQA Biztosító Zrt.

Kedvezményezett azonosítója: A10456017

Szerződésazonosítója a kedvezményezettnél: az Ön kötvényszáma.

A megbízás életbelépése után a díjat minden esedékességkor levonjuk bankszámlájáról. (A pontos időpontokról a [www.uniqa.hu/dijfizetessel-kapcsolatos-informaciok](http://www.uniqa.hu/dijfizetessel-kapcsolatos-informaciok) oldalon tájékozódhat.)

#### A.8.6.2. Online díjfizetés

Online díjfizetéssel a Biztosító honlapján [www.uniqa.hu/dijfizetessel-kapcsolatos-informaciok](http://www.uniqa.hu/dijfizetessel-kapcsolatos-informaciok) azonnal, külön költség nélkül befizetheti díját bankkártyás fizetéssel. Külön adatként mindössze a szerződésazonosítót (kötvényszám) és a születési dátumát kell megadnia. A megadott díjfizetési módtól függetlenül bármikor választhatja az online fizetési lehetőséget.

Kérjük, hogy a befizetési határidőre mindig ügyeljen. Annak érdekében, hogy időben beérkezzen a biztosítási díj, javasoljuk, hogy a megadott határidő előtt 2-3 munkanappal kezdeményezze a tranzakciót.

#### A.8.6.3. Banki átutalás

Internetes (Netbank) szolgáltatáson keresztül, vagy bankjában személyesen intézhető, gyors egyéni fizetési mód. Egyedi, banki átutalásos díjfizetési mód esetén kísérelje figyelemmel a választott ütemezés szerinti befizetési időpontokat.

A Biztosító bankszámlaszáma: 12001008-00105099-02500007 Befizetése egyszerű azonosításához az utalás közlemény rovatába a biztosítás szerződésazonosítóját (kötvényszám) szükséges beírnia.

Kérjük, hogy a befizetési határidőre mindig ügyeljen. Annak érdekében, hogy időben beérkezzen a biztosítási díj, javasoljuk, hogy a megadott határidő előtt 2 munkanappal kezdeményezze a tranzakciót.

#### A.8.6.4. Postai csekk

Csekkes befizetés esetén az Ön által választott díjfizetési gyakoriság szerinti biztosítási díjakról a Biztosító postai csekket küld Önnek, amelyet kérünk, hogy a csekkel együtt megküldött fizetési értesítőben feltüntetett időpontig szíveskedjen befizetni. Kérjük, hogy a befizetési határidőre mindig ügyeljen. Annak érdekében, hogy időben beérkezzen a biztosítási díj, javasoljuk, hogy a megadott határidő előtt 3-4 munkanappal adja fel a csekket

## A.9. RÉSZLETES KIFEJTÉSEK

[1] 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 (A.2. pont):

- székhely: 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
- ügyfélszolgálat: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
- ügyfélszolgálati telefonszám: +36-80-203-776
- levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1850 Budapest
- internetes elérhetőség: [www.mnb.hu](http://www.mnb.hu)
- e-mail cím: [ugyfelszolgalat@mnb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnb.hu)

[3] A panasztétel további részletei (B.2. pont):

- értékesítésbe bevont személy: A Biztosító által alkalmazott, vagy megbízott függő biztosításközvetítő ügynök, vagy az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői 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, telefaxon, e-mailben.

# 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 Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (továbbiakban: „Ptk.”) előírásainak.

### B.1.1. A Szerződő jognyilatkozatainak átadása a Biztosító részére

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

#### I. Ajánlattétel

A Szerződés megkötésére irányuló Ajánlat kizárólag írásban, a Biztosító által erre rendszeresített, a Szerződő által aláírt nyomtatványon tehető.

#### II. Felmondás

A Szerződést a Szerződő kizárólag írásban (postai úton, faxon megküldött vagy személyesen a Biztosító Ügyfélszolgálatán leadott), illetve legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással ellátott elektronikus dokumentumban mondhatja fel. Az elektronikus címéről a Biztosító honlapján tájékozódhat: [www.uniqa.hu/ugyintezes](http://www.uniqa.hu/ugyintezes)

Felmondható a Szerződés továbbá olyan elektronikus dokumentummal, amely az eredeti felmondásnak – a nyilatkozatot tevő aláírásával ellátott – szkennelt, PDF formátumú vagy jól olvasható módon fényképezett másolatát tartalmazza.

A szerződés felmondása esetén a biztosítási díj a biztosítási időszak végéig illeti meg a biztosítót.

#### 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 olyan maradandó eszközzel tették, amely a nyilatkozatban foglalt tartalom változatlan visszaidézésére, a nyilatkozatot tevő személyének és a nyilatkozat megtétele időpontjának azonosítására alkalmas formában történő visszaidézésére alkalmas.

A Szerződő által e-mailen küldött jognyilatkozatot a Biztosító kizárólag az elektronikus kapcsolattartásra vonatkozó nyilatkozat megléte esetében fogadja el, így amennyiben a nyilatkozat a Szerződő által, korábban a Biztosító számára bejelentett és a Biztosító által rögzített email címről érkezett. Ennek hiányában a Biztosító a nyilatkozattevőt elektronikus kapcsolattartásra vonatkozó nyilatkozat pótlására szólítja fel, melynek hiányában a jognyilatkozat a küldő személy beazonosíthatatlansága, valamint az ügyfél jogos érdekében joghatás kiváltására nem alkalmas.

### B.1.2. A Biztosító jognyilatkozatainak átadása a Szerződő és Biztosítottak részére

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

#### I. Elektronikus kézbesítés

A Biztosító a 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.

#### 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 (például cím nem azonosítható, címzett ismeretlen, átvételt megtagadta, elköltözött, kézbesítés akadályozott, leveleszekrény hiánya miatt kézbesíthetetlen, meghalt/megszűnt jelzések), kivéve a „nem kereste” jelzést; 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 és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt: Ügyfél) a Biztosító továbbá az általa alkalmazott vagy megbízott ügynök vagy – adott termék kapcsán – általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítói tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban (személyesen, telefonon) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján, postai úton, telefaxon, elektronikus levélben) terjesztheti elő az alábbiak szerint:

- a) személyesen írásban vagy szóban a Biztosító akadálymentesített Ügyfélszolgálatán, a biztosító honlapján megjelölt ügyfélfogadási időben
- b) elektronikus úton (a [panasziroda@uniqa.hu](mailto:panasziroda@uniqa.hu) e-mail címen),
- c) telefonon (a biztosító Call Centerén keresztül az alábbi telefonszámokon: +36 1/20/30/70/544-5555) munkanapokon hétfőn, kedden, szerdán 8.00–16 óráig, csütörtökönként hosszított nyitva tartással 8–20 óráig, péntekenként 8–16 óráig,
- d) telefax útján (az alábbi telefax számon: +36 1/238-6060),
- e) levélben (az alábbi címen: 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. a Panaszirodának címezve).

A panaszbeadványokon címzettként kérjük feltüntetni a *Panaszkezelés* megnevezést is. A panaszkezelési eljárás részle-



tes szabályairól [Panaszkezelési Szabályzat] a [www.uniqa.hu/panaszbejelentés](http://www.uniqa.hu/panaszbejelentés) honlapunkon nyújtunk tájékoztatást, valamint a szabályzat szövege megtalálható a biztosító székhelyén működő Ügyfélszolgálaton is.

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

### 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. Valamennyi ügyfélre vonatkozó jogorvoslati lehetőség

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

### II. Fogyasztónak minősülő ügyfelek jogorvoslati 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 minősülő ügyfél [6] az alábbi testületekhez, illetve hatóságokhoz fordulhat:

- 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;
- 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 helyiségekben 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 szerződés-

sel összefüggésben felmerülő pénzügyi fogyasztói jogvita bírósági eljáráson kívüli, a PBT közreműködésével történő rendezést az Európai Bizottság által létrehozott online vitarendezési platformon (<http://ec.europa.eu/odr>) keresztül is kezdeményezheti.

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](mailto: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 Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 számú, Általános Adatvédelmi Rendeletének („GDPR”) való megfeleléséről. A Biztosító ugyanakkor a jogi teljeskörűség érdekében honlapján, továbbá Ügyfélszolgálatán is közzéteszi a részletes Adatkezeléssel kapcsolatos dokumentumokat (ezen dokumentumok a függő biztosításközvetítő ügynökök biztosításközvetítői irodájában is elérhetőek). A biztosításközvetítői irodák elérhetőségei a Biztosító honlapján megtalálhatóak.

A Biztosító az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény („Info. Törvény”), továbbá a GDPR alapján, figyelembe véve a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény („Bit.”) rendelkezéseit, az alábbi tájékoztatást nyújtja a természetes személy érintetteket (Szerződők, Biztosítottak, Kedvezményezettek, a Bit. szerinti egyéb Ügyfelek, a továbbiakban együttesen említve, mint: „Érintett”) részére. Az Érintett személyes adatai kezelésének célja, jogalapja és időtartama **a jelen tájékoztatóban** táblázatos formában megtalálható.

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

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

*Adatkezelő:* UNIQA Biztosító Zrt.

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

### **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. Ezen adatfeldolgozók címzetti körök szerint az alábbiak:

- 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,
- kockázat elbírálásban és kárrendezés során eljáró orvosszakértők,
- kárrendezésben és díjbehajtásban résztvevő ügyvédek, ügyvédi irodák, követelés behajtók,
- vagyonkezelők, nyomdai szolgáltatók,
- a Bit. szerinti biztosításközvetítők.

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

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

- viszontbiztosítók,
- egészségügyi intézmények,
- egészségügyi szolgáltatást nyújtó szolgáltatók,
- nyomozóhatóság, ügyészség, bíróság.

### **B.1.3. A Biztosítási titok megismerése**

A Biztosító jogosult kezelni Ügyfeleink biztosítási titoknak minősülő adatait. A biztosítási titok kezelésére vonatkozó rendelkezéseket a Bit. 135-146. §-ai tartalmazzák, amely szövege elérhető a Magyarország Kormánya által meghatározott, elektronikus közszolgáltatásként működő, bárki számára térítésmentesen hozzáférhető honlapon (jelenleg: <http://njt.hu/>).

### **B.1.4. 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 adat-

védelmi jogokkal élhet a ránk bízott adataival kapcsolatban. A részletes leírás megtalálható a Biztosító honlapján ([www.uniqa.hu/adatkezeles](http://www.uniqa.hu/adatkezeles)) és Ügyfélszolgálatán.

### **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 indokolatlan késedelem nélkül töröljünk bizonyos általunk tárolt személyes adatait, amennyiben:

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

### **IV. Az adatkezelés korlátozásához való jog**

Amennyiben kérdése vagy aggodalma merül fel személyes adatai általunk történő kezelésének pontosságával, indokoltságával vagy jogszerűségével kapcsolatban, kérheti bizonyos adatkezelési tevékenységeink korlátozását. A korlátozást akkor is kérheti, ha nekünk már nincs szükségünk az Ön adataira, de Ön, mint Érintett igényli valamely jogi igényének előterjesztéséhez, érvényesítéséhez vagy védelméhez. Ön abban az esetben is kérheti a korlátozást, ha kétségbe vonja a jogos érdek alapján történő adatkezelés jogalapját.

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

### **V. A hozzájárulás visszavonásához való jog**

Ha az adatkezelés az Érintett által adott hozzájáruláson alapul, akkor az Érintett jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni, amennyiben nem a biztosítási szerződés teljesítéséhez vagy a szolgáltatás nyújtásához feltétlenül szükséges személyes adatokról van szó.

A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét.

Ön a direkt marketing megkeresésekhez adott hozzájárulását a fenti postai levelezési címre, vagy a [lemondom@uniqa.hu](mailto:lemondom@uniqa.hu) email címre küldött levelével bármikor visszavonhatja. A visszavonó nyilatkozatban kérjük, tüntesse fel nevét és partnerkódját.

### **VI. Az adathordozhatósághoz való jog**

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

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

### VII. A tiltakozáshoz való jog

Amennyiben az Érintett személyes adatainak kezelése jogos érdeken alapul, ideértve a közvetlen üzletszerzési célból történő adatkezelést, illetve, a jogos érdeken alapuló profilalkotást, az Érintett jogosult arra, hogy a saját helyzetével kapcsolatos okokból bármikor tiltakozzon ezen jogos érdeken alapuló adatkezeléssel szemben.

Ha az Érintett tiltakozik a személyes adatok közvetlen üzletszerzés érdekében történő kezelése ellen, akkor a személyes adatok a továbbiakban e célból nem kezelhetők.

### VIII. Jogorvoslati jog

Ha Ön úgy ítéli meg, hogy a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok szerinti jogait megsértették, jogában áll a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál panaszt be-

nyújtani. A Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság elérhetőségei: Honlap: <http://naih.hu/>; Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.; Postacím: 1363 Budapest, Pf. 9.; Telefon: +36-1-391-1400; Fax: +36-1-391-1410; E-mail: [ugyfelszolgalat@naih.hu](mailto:ugyfelszolgalat@naih.hu)

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

### B.3.5. A Biztosító elérhetősége adatkezelési ügyekben

Az Érintett a jogait az [adatvedelem@uniqa.hu](mailto:adatvedelem@uniqa.hu) email címre vagy az UNIQA Biztosító Zrt., 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 70–74. postai levelezési címre küldött levelében gyakorolhatja.

### B.3.6. Az Érintett személyes adatai kezelésének célja, jogalapja és időtartama

Adatkezelés megnevezése és célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
A Biztosító biztosítási csalás megelőzése, valamint azonosítása érdekében végzett adatkezelési tevékenység, valamint ennek folyamatos ellenőrzése (külön adatbázis).	GDPR 6. cikk (1) f) – a Biztosító biztosítási csalás megelőzéséhez, azonosításához fűződő jogos érdeke.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	GDPR 17. cikk (3) bek. e) pontja szerinti jogi igény érvényesítése.
A biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Biztosító ellenőrzi ügyfeleinek esetleges korábbi díjhátralékait, valamint nagyobb összegű biztosítások esetén az ügyfél jövőbeni díjfizetési képességét (kockázatos ügyfelekkel való szerződéskötés megelőzése érdekében végzett tevékenység).	GDPR 6. cikk (1) f) – a Biztosító kockázatos ügyfelekkel való szerződéskötése megelőzéséhez fűződő jogos érdeke.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok.	A biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
Az ügyfél egészségi állapotából fakadó kockázatainak felmérése és értékelése, a kockázatokkal arányos biztosítási díj megállapítása.	Az érintett kifejezett hozzájárulása.	Természetes személyazonosító adatai, TAJ-szám, egészségügyi kérdőívre adott válaszok, egészségügyi adatok, egészségügyi adatokat alátámasztó leletek, orvosi diagnózisok és feljegyzések.	A létrejött szerződések esetén az egészségügyi adatok a biztosítási szerződés megkötésével és állományban-tartásával kapcsolatos adatokkal megegyező ideig kerülnek tárolásra.
Számviteli bizonylatok megőrzésére vonatkozó kötelezettség teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) bek. c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése (Számvtv.169.§ szerinti jogi kötelezettség).	A számviteli bizonylatokhoz szükséges személyes adatok.	8 év
Direkt Marketing és hírlevél.	GDPR 6. cikk (1) a) – az Érintett hozzájárulása.	Érintett neve, címe, e-mail címe és telefonszáma.	A hozzájárulás visszavonásáig, illetve a Biztosító fennállásáig.
A szerződéssel kapcsolatos kérdésekkel, kérésekkel, vagy érintetti jogainak érvényesítése céljából bármely kommunikációs csatornán (honlapon lévő űrlap kitöltésével, írásban, telefonon vagy személyes ügyfélszolgálaton keresztül) a Biztosítóhoz forduló Érintettek azonosítása annak érdekében, hogy Biztosító kizárólag az arra jogosult személlyel és olyan adatot közöljön, melyre az azonosított fél jogosult.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, születési név, anyja neve, születési idő, azonosító okmány száma, e-mail cím, elektronikus felületen keresztüli ügyintézés esetén az azonosításhoz szükség felhasználnév és jelszó.	A biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
A technikai adminisztráció megkönnyítése, és a gyorsabb ügyfélszolgálat megvalósítása, a személyes adatok és biztosítási szerződéssel kapcsolatos információk megosztása az arra jogosult Érintettekkel.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, irányítószám, telefonszám, valamint a beazonosításhoz szükséges egyéb személyes adatok.	A kitöltött nyomtatványok / egyéb dokumentumok, valamint az azokra adott válaszokban foglalt adatok a biztosítási szerződés megkötésével és állományban-tartásával kapcsolatos adatokkal megegyező ideig kerülnek eltárolásra.



Adatkezelés megnevezése és célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
Az ügyfél szerződésével kapcsolatos igényeinek, kéréseinek, kifogásainak, a szerződéssel kapcsolatos kérdéseinek, észrevételeinek, bejelentésének rendszerezése, a szerződésből eredő kárbejelentések, szolgáltatási igénybejelentések fogadása, illetve a telefonbeszélgetést követően, a később benyújtott panaszok és jogviták esetén a szerződésre vonatkozó korábbi telefonos beszélgetések hangfelvétel alapján történő rekonstruálása.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés teljesítése.	Név, irányítószám, telefonszám, valamint a beazonosításhoz szükséges egyéb személyes adatok.	A Biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti. Ha a megkeresés eredményeként a Biztosító tudomására jutott adat a Biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés fentebb meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
Az ügyfelek igényeire szabott egyedi, vagy új és meglévő termékeinek ismertetése, gazdasági reklámok, hírcsomagok küldése.	GDPR 6. cikk (1) a) – az Érintett hozzájárulása.	Név, cím, telefonszám, e-mail cím, Érintett meglévő szerződéseire vonatkozó adatok (különösen szerződés típusa és díja), szerződés lejárat.	Leiratkozásig, visszavonásig.
Veszélyközösség érdekeinek megóvása érdekében, a szolgáltatások jogszabálynak és szerződésnek megfelelő teljesítése és a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából.	GDPR 6. cikk (1) f) – a Biztosító jogos érdeke.	A szerződés megkötéséhez szükséges adatok kezelése.	A biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezeli, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.
Az elhunyt szerződő féllel, illetve biztosítóval kapcsolatba hozható adatok tekintetében az Érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.	GDPR 6. cikk (1) bek. c) – jogi kötelezettség teljesítése.	A szerződéssel kapcsolatos adatok kezelése.	Az örökös jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető, de legalább nyolc évig.
Az egyes nyereségjátékokon, promóciókon történő részvétel esetén a játékszabályzatban külön tájékoztató kerül elhelyezésre az ott megvalósuló személyes adatok kezelésével kapcsolatban.			
A még nem véglegesített ajánlattal kapcsolatos adatkezelés. Az adatkezelés célja a szerződéskötési folyamat lezárása és a szerződés megkötése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtétele.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. A biztosítási szerződés teljesítése szempontjából releváns egészségügyi kockázatok megállapítását szolgáló, a Biztosított által átadott, vagy a Biztosított felhatalmazása alapján harmadik személytől beszerzett egészségügyi adatok. A Biztosító kizárólag a biztosítási szerződés teljesítéséhez feltétlenül szükséges, a Biztosított egészségi állapotára vonatkozó adatokat kezeli („Egészségügyi adatkezelés”).	GDPR 17. cikk (3) bek. E) pontja - jogi igény érvényesítése
A biztosítási kockázatok felmérése és kezelése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.		A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt.
A biztosítási szerződésre vonatkozó ajánlat elutasítása.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtétele.		A Biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezeli, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. Ebben a tekintetben az adatok megőrzésére a Ptk. elvűlési szabályai az irányadók.
A FATCA szabályozásban meghatározott kötelezettségek (pl.: adattovábbítás) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a FATCA szabályozás, így többek között a Magyarország Kormánya és az Amerikai Egyesült Államok Kormánya között a nemzetközi adóügyi megfelelés előmozdításáról és a FATCA szabályozás végrehajtásáról szóló Megállapodás kihirdetéséről, valamint az ezzel összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2014. évi XIX. törvény keletkezteti.		A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
A CRS szabályozásban meghatározott kötelezettségek (pl.: adóilletőség megállapítása) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a CRS szabályozás, így többek között a pénzügyi számlákkal kapcsolatos információk automatikus cseréjéről szóló, illetékes hatóságok közötti többoldalú Megállapodás kihirdetéséről szóló 2015. évi CXCV. törvény, valamint az adó- és egyéb közterhekkel kapcsolatos nemzetközi közgazgatási együttműködés egyes szabályairól szóló 2013. évi XXXVII. törvény keletkezteti.		
A Biztosító pénzmosás megelőzésével kapcsolatos kötelezettségei (pl.: az ügyfél-átvilágítási intézkedések) teljesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási jogviszony, valamint a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvény keletkezteti.		

Adatkezelés megnevezése és célja	Adatkezelés jogalapja	A kezelt adatok köre	Adatok tárolásának időtartama
A Biztosító szolgáltatás teljesítésével kapcsolatos kötelezettségeinek (pl.: kifizetés teljesítése) elvégzése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges adatkezelés. A jogi kötelezettséget a biztosítási jogviszony, valamint az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény keletkezteti.	Az Érintett adóazonosító jele.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
A biztosítási szerződés megkötése, módosítása, valamint a biztosítási szerződés állományban tartása.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. Amennyiben az adott adatkezelési cél teljesítése érdekében szükséges, Egészségügyi adatkezelés.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt.
A Biztosító által honlapon keresztül üzemeltetett Befektetéskezelési szolgáltatás igénybe vétele	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötését megelőzően az Érintett kérésére történő lépések megtétele.	Amennyiben az Érintett biztosítási szerződéséhez a Befektetéskezelési szolgáltatás elérhető és az Érintett ezt igénybe veszi, az Érintett neve, titulusa, Anyja neve, lakcíme, születési helye, ideje, mobiltelefonszáma, e-mail címe, kötvényszáma.	A Befektetéskezelési szolgáltatás igénybevételének hatálya alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
Az Érintett számára megfelelő biztosítási alapú befektetési termék értékesítése, beleértve az e célból történő profilalkotást.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a Bit. 166/E. § keletkezteti.	Amennyiben az Érintett biztosítási alapú befektetési termékekre (ide tartozik többek között a befektetési egységhez kötött életbiztosítás, nyugdíj-biztosítás) vonatkozó szerződést kíván kötni, 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 a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
A biztosítási szolgáltatási igény elbírálása.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.	Az Érintett által a szerződéskötéshez, nyomtatvány kitöltéséhez megadott személyes adatok, a biztosítási szerződés teljesítése során keletkező személyes adatok. Amennyiben az adott adatkezelési cél teljesítése érdekében szükséges, Egészségügyi adatkezelés.	A biztosítási szerződés hatályának fennállása alatt, és a biztosítási jogviszony megszűnését követően a Biztosító igényérvényesítése esetén az igényérvényesítési határidő leteltéig kezeli az adatokat.
A biztosítási szerződés teljesítése, ideértve a biztosítási szolgáltatás teljesítését is.			
Az Érintett biztosítási szerződésből származó követeléseinek megfíttelése.			
A biztosítási szerződésből származó jogi igényekkel szembeni védekezés előterjesztése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá az adott jogterületre vonatkozó ágazati jogszabály keletkezteti.		
A Biztosító biztosítási szerződésből eredő igényeinek érvényesítése.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., továbbá a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény keletkezteti.		
A biztosítási szerződéses jogviszonnyal kapcsolatos bírósági, hatósági megkeresések megválaszolása.	GDPR 6. cikk (1) c) – a Biztosítóra vonatkozó jogi kötelezettség teljesítése. A jogi kötelezettséget a biztosítási szerződés, a Bit., a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, továbbá az adott jogterületre vonatkozó ágazati jogszabály keletkezteti.		
A biztosítási szerződés megszüntetése.	GDPR 6. cikk (1) b) – a biztosítási szerződés megkötése és teljesítése.		

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.

#### B.4. 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 rendelkezésbe, 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.5. AZ EGYOLDALÚ MÓDOSÍTÁS LEHETŐSÉGE

A B.2 (Panaszok bejelentésének módja), B.3 (Adatkezelés, adatvédelem) és B.4. (Szankciós záradék) 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 legkésőbb a hatálybalépés napját megelőző munkanapon 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 biztosításközvetítő irodájában is tájékozódni lehet.

#### B.6. ALKALMAZANDÓ JOG

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

#### B.7. ELÉVÜLÉS

**A Szerződésből eredő igények a biztosítási eseménytől számított két év alatt évülnek el.**

#### B.8. 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.9. 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 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] Pénzügyi Békéltető Testület részletes adatai (B.2.2. pont):
- székhely: MNB 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
  - levelezési cím: 1525 Budapest Pf. 172
  - telefonszám: +36-80-203-776
  - internetes elérhetőség: [www.penzugyibekeltetotestulet.hu](http://www.penzugyibekeltetotestulet.hu)
  - e-mail cím: [ugyfelszolgalat@mnbb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnbb.hu)
- [8] Az MNB Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központjának részletes adatai (B.2.2. pont):
- székhely: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
  - levelezési cím: 1534 Budapest BKKP Pf. 777
  - telefon: +36-80-203-776
  - internetes elérhetőség: [www.mnb.hu/fogyasztovedelem](http://www.mnb.hu/fogyasztovedelem)
  - e-mail cím: [ugyfelszolgalat@mnbb.hu](mailto:ugyfelszolgalat@mnbb.hu)
- [9] A fogyasztókra vonatkozó hivatkozott EU rendelet (GDPR) megfelelő pontja (B.2.2. pont):
- 524/2013/EU rendelet 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

# C) MedHelp III. betegségbiztosítás általános szerződési feltételei

## C.1. A SZERZŐDÉS ALANYAI

### C.1.1. Biztosító

A Biztosító az UNIQA Biztosító Zrt. [1], amely a biztosítási díj ellenében arra vállal kötelezettséget, hogy a Szerződésben rögzített kockázatokra fedezetben áll és az ott meghatározottak szerinti jövőbeni biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Szerződésben meghatározott módon és mértékben biztosítási szolgáltatást teljesít.

### C.1.2. Szerződő

A Szerződő az a jogi vagy természetes személy, aki a biztosítási esemény elkerülésében érdekelt, vagy az érdekelt személy javára a Szerződés megkötésére Ajánlatot tesz, és a biztosítási díj megfizetését vállalja.

A Szerződő a Szerződést érintő jognyilatkozatok megtételére köteles és a Biztosító értesítéseinek címzettje. A Szerződésről és a Szerződést érintő körülmények módosulásáról a Biztosítottak tájékoztatására köteles.

A Szerződő lehet természetes és nem természetes személy, azzal, hogy a Szerződő magyarországi állandó lakcímmel vagy állandó tartózkodási címmel rendelkező természetes személy, illetve magyarországi adóilletőséggel és székhellyel bíró jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező jogalany lehet. A természetes személy Szerződő az Ajánlat aláírásának napján be kell, hogy töltsen a 18. életévét. A Szerződő és a Biztosító együttesen a továbbiakban: „Felek”.

### C.1.3. Biztosított

A Biztosított az alább részletezett életkorú természetes személy lehet, akit az Ajánlaton és a Kötvényen egyaránt Biztosítottként neveztek meg, és akire a Biztosító kockázatviselése vonatkozik és akinek az életével kapcsolatos biztosítási eseményre a Biztosító fedezetet vállal.

**A Biztosított az a személy lehet, aki az Ajánlat aláírásának napján betöltötte a 14. életévét és a technikai kezdet évében még nem töltötte be a 55. életévét.**

**Nem lehet Biztosított személy, aki az ajánlattétel napján:**

- **munkaképesség csökkenés (össz-szervezeti egészségkárosodás) megállapítására irányuló kérelmet nyújtott be a mindenkor illetékes hatósághoz az ajánlattételt megelőzően;**
- **baleseti járadékos vagy baleseti rokkantsági nyugdíjas, rehabilitációs ellátásban, rokkantsági ellátásban részesül;**
- **aki öregségi nyugdíjas,**
- **aki tartós (orvosilag diagnosztizált) elmebetegségben szenved, illetve beszámítási képességét elveszítette.**

Ha a Szerződő és a Biztosított eltérő személy, a Szerződés létrejöttéhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.

A Biztosított a Szerződésbe Szerződőként beléphet, a belépéshez a Biztosító hozzájárulása nem szükséges, de a Biztosító a Szerződő írásbeli hozzájárulását kéri. Ha a Biztosított belép a Szerződésbe, a folyó biztosítási időszakban esedékes díjakért a Biztosított a Szerződővel egyetemlegesen felelős. A Szerződésbe belépő Biztosított köteles a Szerződőnek a Szerződésre fordított költségeit – ideértve a biztosítási díjat is – megtéríteni. A belépéssel a Szerződőt megillető jogok és az őt terhelő kötelezettségek összessége a Biztosítottra száll át.

### C.1.4. Kedvezményezett

Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási esemény bekövetkeztekor a szolgáltatás igénybevételére jogosult.

**A Biztosított életében esedékes szolgáltatás kedvezményezettje a Biztosított.**

## C.2. 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.

**Ajánlat:** a Szerződést megalapozó, a Szerződés létrejöttéhez szükséges minden lényeges adatot tartalmazó írásbeli dokumentum, amelyen az ajánlattevő ajánlatot tesz a Szerződés megkötésére.

**Alkoholos állapot:** alkoholos állapotnak tekintendő a 1,5 ezreléket meghaladó, járművezetés közben a 0,8 ezreléket meghaladó mértékű véralkohol-koncentráció.

**Baleset:** a Biztosított akaratától független, egyszeri, hirtelen fellépő külső fizikai/kémiai behatás, melynek következtében a kockázatviselés tartama alatt a Biztosított elhalálozik, testi sérülést vagy maradandó egészségkárosodást szenved.

**Belépési kor:** a technikai kezdet évszámának és a Biztosított születési évszámának különbözete.

**Betegség:** az orvostudomány általánosan elfogadott álláspontja szerinti rendellenes testi, szervi, szellemi vagy pszichikai állapot, amely objektív tüneteket mutat.

**Biztosítási díj:** a biztosító szolgáltatásának ellenértéke; összegét és esedékességét a szerződés rögzíti.

**Biztosítási esemény:** a Biztosító kockázatviselésének kezdetét követően Biztosítottal kapcsolatosan bekövetkezett olyan esemény, amely bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége a szerződési feltételekben meghatározottak alapján fennáll.

**Biztosító szolgáltatása:** a Biztosítónak a biztosítási esemény bekövetkeztekor – a feltételben rögzített – fellépő kötelezettsége.

**Biztosítási év / időszak:** az az időszak, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy



évig tart, tehát a biztosítás tartamán belül 12 egymást követő hónap.

**Biztosítási évforduló:** minden naptári évben a biztosítás létrejöttének megfelelő naptári nap.

**Diagnosztikai vizsgálat:** olyan orvosi eljárás, amely a beteg panasa okának feltárására, állapotának tisztázására, valamely betegség fennállásának igazolására vagy kizárására irányul, de – önmagában – nem célja az állapot megváltoztatása. Tehát azok a vizsgálatok, amelyeknek célja a panaszok, a kórtörténet és a fizikális vizsgálat alapján diagnózis felállítása, meghatározása illetve felmerült diagnózis alátámasztása.

**Díjfizetés:** a biztosítási díj megfizetése a Szerződő kötelesege. A díj a biztosítási időszak egészére, egy összegben és előre esedékes, de lehetséges havi, negyedéves, féléves részletekben is fizetni. A díjfizetés elmulasztása a szerződés megszűnését eredményezi.

**Díjfizetési tartam:** megegyezik a biztosítási szerződés tartamával.

**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, de nem kizárólag: 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.

**Egészségügyi szolgáltató:** a jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet, aki, illetve amely az egészségügyi hatóság (magyar tisztiorvosi és szakmai felügyelet) által ekként elismert, és akinek, illetve amelynek a működése engedélyezett Magyarországon.

**Előzmény nélküli betegség:** a kockázatviselés ideje alatt felépő olyan betegség, amelynek nem volt a kockázatviselés kezdetét megelőzően már fennállott vagy kórismézett előzménye, továbbá a kockázatviselés kezdetét megelőző balesettel sincs összefüggésben.

**Extrém sport:** jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sporttevékenységnek minősül az autó és motorsportverseny és -edzés, teszttúra, raliverseny, quad használata, roncsautó (auto-crash), sportbarlangászat, szikla- és hegymászás III. foktól, magashegyi expedíció, búvárkodás, jetski, a motorcsónakkal vontatott sporteszközök használata (ideértve az ejtőernyőt, a paplanernyőt és a vízisít is), vadvízi evezés, rafting, hydrospeed, tengeri kajak, kitesurf, bungee jumping és rocky jumping, canyoning, bázisugrás, ejtőernyőzés, vadászat, valamint a motor nélküli légi jármű, a segédmotoros vitorlázó repülőgép, a sárkányrepülő, a hőlégballon használata, műrepülés, az egyszemélyes, félkezes és nyílt tengeri vitorlázás, falmászás, valamint a harci és küzdősportok. Hegymászásnak minősül a hegyvidéken történő túrázás, ha annak során a Biztosított a kijelölt turista útról letér, vagy az útviszonyok speciális felszerelés használatát indokolják (pl. kötélbiztosítás, hágóvas, jégcsákány stb.). Hegymászásnak minősül továbbá a Klettersteig (via ferrata) típusú útvonalakon, valamint a 3500 méteres magasság felett végzett túrázás.

**Fekvőbeteg-ellátás:** a betegnek folyamatos kórházi bent tartózkodás alatt végzett egészségügyi ellátása.

**Fogyasztó:** a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

**Folyamatos (rendszeres) díj:** a díjfizetési gyakoriságnak megfelelően fizetendő aktuális biztosítási díj.

**Járóbeteg-szakellátás:** szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, amely a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján történik.

**Jármű:** a közlekedésben részt vevő, szárazföldi, vasúti vagy légi, illetve gépi meghajtású vízi szállító vagy vontatóeszköz, továbbá önjáró vagy vontatott munkagép. Nem minősül járműnek a mozgáskorlátozottak közlekedésére szolgáló, emberi erővel tolt vagy hajtott kerekesszék és a gépi meghajtású kerekesszék, ha sík úton önerejéből 10 km/óra sebességnél gyorsabban haladni nem képes, továbbá a gyermekocsi és a talicska. Az ilyen eszközökkel közlekedő személyek gyalogosoknak minősülnek.

**Keresőképtelenség:** jelen biztosítás szempontjából keresőképtelenség az az állapot, amikor a Biztosított a kockázatviselési időn belül bekövetkezett balesetből vagy betegségből eredően jövedelemszerző tevékenységet nem tud végezni és táppénzre jogosult, valamint ezt a jelen feltételek szerint meghatározott módon igazolni is tudja.

**Kórház:** Kórháznak minősül az a működésének székhelye szerinti ország hatóságai által elismert, engedélyezett fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi irányítás, felügyelet alatt áll, feltéve, hogy állandó orvosi jelenlétet biztosít, megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik, és kórtörténetet vezet. Jelen biztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószerelvonó intézmények, az elmebetegek gyógy- és gondozóintézetei, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak.

**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 bent tartózkodást 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.

**Kontrollvizsgálat:** olyan rendszeres – nem aktuális panasz miatt kezdeményezett – vizsgálat, amely a meglévő betegség következtében kialakult aktuális egészségi állapotot, illetve a kezelés hatékonyságát ellenőrzi, és szükség esetén a beteg kezelésének megfelelő változtatásával jár.

**Kötvény:** az Ajánlat elfogadását és a biztosítási fedezetet igazoló, a Biztosító által kibocsátott dokumentum. Ha a Szerződést nem írásban kötötték meg, a Biztosító köteles a biztosítási fedezetet igazoló dokumentumot (Kötvényt) kiállítani.

**Kritikus betegség:** a Biztosító kizárólag a jelen biztosítás 1. számú Függelékében felsorolt betegségeket/állapotokat tekintik kritikus betegségnek, az ott leírt feltételek szerint.



**Maradandó egészségkárosodás:** a jelen feltételek szerint a Biztosított olyan egészségkárosodása, amely testi vagy szellemi teljesítőképességének végleges csökkenésével vagy végleges anatómiai elváltozással járó maradandó funkció-károsodásával jár.

**Műtét:** azok a Biztosító által csoportba sorolt orvosi beavatkozások, melyek során az orvos-szakmai szabályok megtartásával, az egészség megőrzésére, a betegségek gyógyítására, illetve következményeiknek mérséklésére irányuló szándékkal a kültakaró és/vagy a nyálkahártyák folytonosságát megsértik.

**(Orvosi) vizsgálat:** minden olyan egészségügyi tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot felmérése, az egészség megőrzése, a betegségek, sérülések, egészségkárosodások, baleseti következmények, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változások megállapítása, a gyógykezelés eredményességének ellenőrzése.

**Sürgősségi ellátás:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás egészségügyi ellátása, amelynek hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos, vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

**Szűrővizsgálat:** az a vizsgálat, amelynek célja betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleg fennálló betegségeinek vagy körmegeelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

**Technikai kezdet:** az ajánlat aláírást követő hónap első napja.

**Versenysport-tevékenység:** az a sporttevékenység, amelyet a Biztosított nem hivatásos sportolóként végez, feltéve, hogy versenyen (pl. bajnokságon, meccsen stb.) is indul, függetlenül a verseny jellegétől (függetlenül pl. attól, hogy helyi, kerületi, vármegyei, területi, országos, nemzetközi stb., vagy hogy barátságos-e a verseny, mi a tétje stb.). Versenyző sportoló lehet élvonalbeli versenyző sportoló, regionális szinten versenyző sportoló vagy területi szinten versenyző sportoló.

- Élvonalbeli versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: élvonalbeli versenyző sportoló), aki nemzetközi, országos (nemzeti) versenyen indul.
- Regionális szinten versenyző sportoló az a Biztosított (a továbbiakban: regionális szinten versenyző sportoló), aki több megyét érintő versenyen indul, feltéve, hogy nem élvonalbeli versenyző sportoló.
- Területi szinten versenyző sportoló az a Biztosított, aki nem regionális szinten versenyző sportoló és nem élvonalbeli versenyző sportoló.

### C.3. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE

**A Szerződés a Felek írásbeli megállapodásával jön létre. A Szerződő a Szerződés megkötését a Biztosító által rendszeresített Ajánlattal kezdeményezi. A Szerződő Ajánlatához annak megtételétől számított 15 napig, ha az Ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) szükséges, 60 napig van kötve.**

**A Biztosító az Ajánlatot, annak beérkezését követő 15 napon belül, amennyiben az Ajánlat elbírálásához egészségügyi kockázatfelmérésre (orvosi vizsgálatra) van szükség, úgy 60 napon belül indoklás nélkül elutasíthatja.**

A Biztosító az Ajánlat és a hozzá tartozó nyilatkozatok alapján kockázatfelmérést végez. A Biztosító a szerződéskötéshez egészségi nyilatkozat kitöltését, egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) elvégzését, továbbá az Ajánlat kockáza-

telbírálásához egyéb írásos nyilatkozat, dokumentum benyújtását is kérheti. **A kockázatfelmérési idő az Ajánlat Biztosítóhoz történő beérkezés napjától számított 15 nap, egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) esetén 60 nap. A Szerződés az Ajánlat Biztosító általi elfogadását követően az Ajánlat aláírásának napjára visszamenőlegesen jön létre.**

**Ha a Kötvény tartalma az Ajánlattól eltér, és az eltérést a 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 figyelmét a Kötvény átadásakor írásban felhívta. Ha a felhívás elmarad, a Szerződés az Ajánlat tartalmának megfelelően jön létre.

**Ha a Szerződő Fogyasztónak minősül, a Szerződés akkor is létrejön, ha a Biztosító a hiánytalanul kitöltött Ajánlati dokumentációra annak beérkezésétől számított 15 napon belül – egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) 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, az Ajánlatnak a Biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal a kockázatfelmérési idő elteltét követő napon jön létre.

**Ha a Szerződés nem jön létre, a Biztosító a befizetett biztosítási díjat, az igazolható és az 3. számú Függelékben leírt költségek levonást követően kamatmentesen 60 napon belül visszafizeti a Szerződő részére.**

Ha a kockázatfelmérési idő (15 nap, egészségügyi kockázatfelmérés (orvosi vizsgálat) szükségessége esetén 60 nap) alatt a biztosítási esemény bekövetkezik, az Ajánlatot a Biztosító csak abban az esetben utasíthatja vissza, ha ennek lehetőségére az Ajánlati 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. Amennyiben a Biztosító az ajánlatot határidőn belül elutasítja, az ez idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre helytállási kötelezettsége nem keletkezik, feltéve, hogy az egyedi kockázatfelmérés szükségességére a Szerződő figyelmét előzetesen felhívta.

A Biztosító az Ajánlatot elutasíthatja különösen, de nem kizárólag akkor, ha a Biztosított egészségi állapota alapján a Biztosító kockázatfelmérési szabályai alapján nem tudja elfogadni azt, illetve a Szerződő vagy Biztosított figyelemfelhívás ellenére sem nyújtott be az Ajánlat elbírálásához elengedhetetlen dokumentumokat. Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött Szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító általános szerződési feltételétől, a Biztosító a Szerződés létrejöttétől számított 15 napon belül javasolhatja, hogy a Szerződést az általános szerződési feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el vagy arra 15 napon belül nem válaszol, a Biztosító az elutasítástól vagy a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Szerződést 30 napra írásban felmondhatja és a biztosítási díjat az igazolható és az 3. számú Függelékben leírt költségek levonást követően 60 napon belül kamatmentesen visszafizeti.

## **C.4. A SZERZŐDÉS HATÁLYBALÉPÉSE, A KOCKÁZATVISELÉS KEZDETE, VÁRAKOZÁSI IDŐ, A BIZTOSÍTÁSI VÉDELEM IDŐBENI ÉS TERÜLETI HATÁLYA**

### **C.4.1. A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete**

A Biztosító kockázatviselése az Ajánlat aláírásának napját követő nap 00:00 órájkor kezdődik – mely egyben a Szerződés hatálybalépésének időpontja is – feltéve, hogy a Szerződés létrejött, vagy utóbb létrejön. A kockázatviselés kezdete a Kötvényen feltüntetésre kerül. Azon esetekben amikor a Szerződés C.10. pontban leírtak szerint módosításra kerül a kockázatviselés kezdete a módosítási kérelem Biztosítóhoz történő beérkezését követő nap 00:00 órájkor kezdődik meg, feltéve, hogy a módosítási kérelmet a Biztosító elfogadja.

### **C.4.2. Várakozási idő**

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége a biztosítás kockázatviselésének kezdetétől számított 180 napon belül kizárólag a bal esetek, a heveny fertőző betegségek és a 70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás következményeire terjed ki.

### **C.4.3. A biztosítási védelem időbeni és területi hatálya**

A Biztosító kockázatviselése a biztosítási szerződés hatálya alatt bekövetkezett szolgáltatási eseményekre terjed ki.

A biztosító kockázatviselése a műtéti és folyamatos fekvőbeteg ellátások és az összejt-levétel biztosítási események vonatkozásában az Európai Unió tagállamaira. A csonttörés 70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás, gyermek születése, kiemelt kockázatú betegségek és égési sérülés vonatkozásban az egész világra terjed ki.

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

A biztosítási szerződés határozott tartamú az alábbiak szerint: a 3. biztosítási időszak utolsó napját 60 nappal megelőzően a Biztosító írásban jelzi a szerződés meghosszabbításának lehetőségét további egy biztosítási időszakra. Amennyiben a Szerződő a fenti időpontot megelőző 30 napig nem jelzi a megszüntetési igényét, a szerződés újabb 1 évre meghosszabbodik. A továbbiakban amennyiben a biztosítási évfordulót megelőző 30. napig sem a Szerződő, sem a Biztosító nem intéz a másik félhez ellenkező tartalmú írásbeli nyilatkozatot, úgy a biztosítási szerződés további egy biztosítási időszakra folytatódik, de legkésőbb annak a biztosítási időszaknak az utolsó napján megszűnik, amelyben a Biztosított – a biztosítás lejáratára vonatkozóan a biztosítási ajánlaton megjelölt választása szerint – a 65. vagy a 70. életévét betölti.

## **C.6. BIZTOSÍTÁSI ESEMÉNY, SZOLGÁLTATÁS, BIZTOSÍTÁSI CSOMAG**

A biztosítási esemény a Biztosítóval kapcsolatos olyan esemény, amikor a szerződési feltételekben meghatározottak alapján a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége fennáll.

A biztosítási szolgáltatást a Biztosító az adott Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési időn belül bekövetkezett biztosítási

eseményre nyújtja. A biztosítási csomag a Biztosító által előre összeállított biztosítási események és szolgáltatások együttese. A Szerződő köteles a Biztosítottat tájékoztatni a kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettségekről, így felelősséggel tartozik az ebből eredő jogok és kötelezettségek betartásáért.

A Szerződő által az ajánlattétel során választott, illetve a kötvényen megjelölt biztosítási csomag határozza meg, hogy a Biztosított vonatkozásban milyen biztosítási események esetében nyújt biztosítási védelmet a Biztosító.

### **C.6.1. Biztosítási események**

A biztosítási eseményeinek részletes leírást az 1. számú Függelék tartalmazza.

### **C.6.2. Balesetbiztosítási események esetén a biztosító szolgáltatása**

A biztosítási események esetén a Biztosító szolgáltatásának részletes leírást az 1. számú Függelék tartalmazza.

## **C.7. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJFIZETÉS ÉS A DÍJ NEM FIZETÉS SZABÁLYAI**

A Biztosító a biztosítási szerződésben szereplő kötelezettségek teljesítését a biztosítási díj ellenében vállalja.

**A biztosítás díja a Biztosító díjszabása alapján a Szerződő által választott biztosítási csomag alapján kerül meghatározásra. A biztosítás díját a szolgáltatás jellege, tartalma és a biztosítási összeg mellett többek között a biztosítás tartama, a biztosított kora, egészségi állapota, foglalkozása és szabadidős tevékenysége határozza meg.**

A Szerződés folyamatos díjfizetésű, és éves díjú. A Szerződő havi, negyedéves, féléves és éves díjfizetési gyakorisággal fizethet, azonban az évestől eltérő díjfizetés esetén a Biztosító pótdíjat számol fel. A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő határozza meg az Ajánlaton. A biztosítás díja forintban (HUF) kerül meghatározásra és forintban is fizetendő.

### **C.7.1. A biztosítás első díja**

**A biztosítás első díja a kockázatviselés kezdetének napján esedékes. A Biztosító az első díjat kamatmentes díjelőlegként kezeli, a szerződés létrejöttéig. Amennyiben a szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget – a biztosítási kötvény szerinti kezdeti naptól érvényesen – a biztosítási díjba beszámítja, az ajánlat elutasítása esetén pedig az igazolható és az 3. számú Függelékben leírt költségek levonást követően visszautalja a Szerződőnek.**

### **C.7.2. A biztosítás folyamatos (rendszeres) díja**

**A folyamatos (rendszeres) díj pedig annak a díjfizetési időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.**

**A biztosítási díj akkor tekintendő megfizetettnek, amikor a teljes, a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő díj a Biztosító erre rendszeresített számlájára, a Szerződéshez egyértelműen, beazonosítható módon megérkezett. Amennyiben a biztosítási díj a Szerződőnek felróható módon a Biztosító számlájára nem érkezik be, vagy a biztosítási díj nem azonosítható be, ennek felelősségét a Szerződő viseli.**

**Amennyiben a Szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő aktuális rendszeres díjat az esedékességet megelőzően befizeti, a Biztosító az így megfizetett díjat az esedékesség időpontjáig kamatmentes díjelőlegként a Szerződésen tartja nyilván és a következő díjrészletbe beszámítja.**

A Szerződés megszűnése esetén a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor a kockázatviselés véget ért. A biztosítás tartamon túli, illetve a Szerződés megszűnésének egyéb eseteiben történő túlfizetéssel keletkezett díjakat a Biztosító 60 napon belül kamatok nélkül – amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak – fizeti vissza a Szerződő részére.

### **C.7.3. A díjfizetés elmulasztásának következményei**

Amennyiben a Szerződő a biztosítás folyamatos díjat az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a teljesítésre írásban felhívja a felszólítás elküldésétől számított 30 napos póthatáridő tűzésével.

**Amennyiben az írásos értesítésben meghatározott póthatáridőig a Biztosító számlájára a biztosítási díj nem érkezik meg, úgy a biztosítási szerződés a díj esedékessége napjának 00:00 órájára visszamenő hatállyal megszűnik, kivéve, ha a Biztosító a díjkövetelést késedelem nélkül bírósági úton érvényesíti.**

Amennyiben a biztosítási díj esedékességétől a fizetési felszólításban meghatározott póthatáridőig, olyan biztosítási esemény következik be, amely a Szerződést megszünteti, úgy a Biztosító jogosult a biztosítási szolgáltatást úgy teljesíteni, hogy a biztosítási összegéből levonja a biztosítási esemény bekövetkezéséig esedékessé vált, elmaradt díjat. A teljes biztosítási időszakra járó díjat a Biztosító az első évben bírósági úton érvényesítheti; ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a Szerződő a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.

### **C.8. REAKTIVÁLÁS**

A Szerződés megszűnése esetén a Szerződő a Biztosító előzetes hozzájárulásával 120 napon belül késedelmi kamataival együtt pótolhatja az elmaradt díjakat.

A Biztosító a hozzájárulását újabb kockázatelbírálás eredményétől is függővé teheti.

A díj nem fizetés miatti megszűnés után befizetett díj automatikusan nem helyezi újra hatályba a Szerződést.

A Biztosító kockázatviselése (az eredeti tartalommal és biztosítási összeggel) a teljes hátralék befizetését követő napon 00.00 órakor kezdődik újra.

Reaktiválásra a szerződés tartamán belül legfeljebb két alkalommal van lehetőség.

### **C.9. ÉRTÉKKÖVETÉS**

Az értékkövetés a folyamatos díjfizetésű biztosítás szolgáltatásának – díjemelés vállalása ellenében történő – növelése.

A Biztosító a szolgáltatás, illetve díj emelésére (indexálásra) évente egyszer, a biztosítási évfordulóval tehet ajánlatot, melyről a biztosítási évfordulót megelőző 45. napig küld értesítést.

A Biztosító a biztosítás értékének megőrzése érdekében lehetővé teheti a biztosítási összeg és ezzel együtt a biztosítás díj biztosításmatematikai szempontok által meghatározott – nem arányos – évenkénti emelését az ezen pontban meghatározottak szerint. A szolgáltatás-emelés mértékét a Biztosító a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett éves fogyasztói árindex alapján állapítja meg.

A Szerződőnek jogában áll az emelést a biztosítási időszakot megelőző 30. napig írásban visszautasítani. Amennyiben a Szerződő ezen határidőig nem utasítja vissza az emelést, a szerződés az értesítésnek megfelelően módosításra kerül. A biztosítási összeg (szolgáltatás) emelése az emelt díj befizetésével válik érvényessé. 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.

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 kockázatelbírálás eredményétől függővé tenni.

### **C.10. A SZERZŐDÉS MÓDOSÍTÁSA**

**A szerződés megkötéséhez és módosításához (pl. szerződőváltás) a nagykorú Biztosított írásbeli hozzájárulása is szükséges. Ha a Biztosított kiskorú, és a szerződést nem a törvényes képviselőt gyakorló szülője köti meg, a szerződés érvényességéhez a törvényes képviselőt gyakorló szülő, illetve a gyámhatóság jóváhagyása szükséges. A Biztosított csak a Szerződőre vonatkozó jelen szerződés szerinti kikötések teljesülése esetén léphet a Szerződő helyébe.**

#### **C.10.1. Biztosítási csomagok felvétele, módosítása**

A biztosítási csomag változtatására vonatkozó kérelmet a Szerződőnek írásban kell a Biztosítónak eljuttatnia, a kötvényszám, a Biztosított nevének és az új biztosítási csomag megjelölésével.

A Biztosító az igény beérkezést követő évforduló első napjával hajtja végre a kért módosításokat, azzal, hogy:

- Szerződés valamennyi esedékes díjának maradéktalanul ki-egyenlítésre kell kerülnie a fenti írásbeli módosítási kérelem benyújtásáig;
- a Biztosító a vonatkozó kockázatelbírási szabályainak figyelembevételével hajtja végre a kért módosítást. A Biztosító a módosítási kérelmet indoklás nélkül elutasíthatja.
- Ha a Szerződő és a Biztosított különböző személy, a Szerződés létrejöttéhez és módosításához a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.



### **C.10.2. Díjfizetési mód változtatása / Díjfizetési ütem módosítása**

Szerződő a biztosítás tartama alatt a díjfizetés gyakoriságát és módját, illetve a Szerződő és a Biztosító közötti kommunikáció formáját írásban módosíthatja azzal, hogy:

- Szerződés valamennyi esedékes díjnak maradéktalanul kiegyenlítésre kell kerülnie a fenti írásbeli módosítási kérelem benyújtásáig;
- az erre vonatkozó írásbeli kérelemnek a díjfizetési gyakoriság módosítása esetén a biztosítási évfordulót, a díjfizetés módjának esetén pedig a következő díj esedékességét megelőzően legalább 30 nappal igazolható módon meg kell érkeznie a Biztosítóhoz.
- A díjfizetési gyakoriság módosítását a Biztosító a következő biztosítási évfordulótól, a díjfizetés mód változtatást pedig a következő díjfizetés esedékességének időpontjától vezeti át, a fentiek figyelembevételével.
- A díjfizetés módjának változtatása a biztosítási díj módosítását vonhatja maga után.

### **C.11. A SZERZŐDÉS MEGSZŰNÉSE, KOCKÁZATVISELÉS MEGSZŰNÉSE**

A biztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése az alábbi esetek bármelyikének következtében megszűnik:

- a) a szerződés lejáratával, vagyis a Biztosított 65. vagy a 70. életévnek betöltését követő biztosítási évfordulót megelőző nap leteltével;
- b) díjfizetés elmaradása esetén, a jelen feltételben meghatározottak figyelembevételével; (C.7.3)
- c) a szerződésnek a biztosítási évfordulót legalább 30 nappal megelőző – Szerződő vagy Biztosító általi – írásos felmondásával, a biztosítási évfordulót megelőző nap elteltének hatályával;
- d) a Biztosított halálával, a Biztosított halálának napjával.

### **C.12. A FELEKRE VONATKOZÓ EGYÉB JOGOK ÉS KÖTELEZETTSÉGEK**

#### **C.12.1. Közlési kötelezettség**

A Szerződő és a Biztosított köteles a szerződéskötéskor a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyet ismert vagy ismernie kellett. A Biztosító írásban közölt kérdéseire adott, a valóságnak megfelelő válaszokkal a Szerződő közlési kötelezettségének eleget tesz.

A közlésre irányuló 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 köteles lett volna. A közlési kötelezettség a Biztosító által vállalt kockázat nagyságát befolyásoló szerződésmódosításkor – így különösen a csomagváltás – is terheli a Biztosítottat és a Szerződőt.

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.

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, kockázat-szűkítés vagy kockázatkizárás alkalmazása), amelyek a biztosítási kötvényen feltüntetésre kerülnek.

A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését. A Szerződő és a Biztosított felhatalmazást adnak a Biztosítóknak a közölt adatok ellenőrzésére.

Ha a Biztosító csak a szerződéskötés után szerez tudomást a szerződés elfogadását érintő, a szerződés hatálybalépését megelőzően már fennállott lényeges körülményekről (így például a biztosított egészségi állapotával kapcsolatos körülményről), továbbá ha a szerződésben meghatározott lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, továbbá ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött szerződés lényeges kérdésben eltér a Biztosító általános szerződési feltételétől, a Biztosító a szerzőlétrejöttétől 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.

#### **C.12.2. Változásbejelentési kötelezettség**

A változás bejelentésére irányuló 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 bejelentésre köteles lett volna.

A Szerződő és a Biztosított a szerződés tartama alatt 15 napon belül köteles írásban bejelenteni a biztosított foglalkozásának, szabadidős tevékenységének, a vállalt kockázatra (például bal-esetveszélyre) ható lényeges megváltozását.

A Szerződő és a Biztosított köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a szerződésben rögzített adatainak (különös tekintettel: lakcím, név, e-mail cím, ha korábban megadásra került) megváltozását. 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 közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében. 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.

A Biztosító a változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait a biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a változás bejelentési határidő leteltét követő 5 éven belül gyakorolhatja.

A közlési és változásbejelentési kötelezettség megsértése ellenére beáll a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége, ha a Szerződés megkötésétől, illetve a változásbejelentési kötelezettség bejelentésének határidejétől a biztosítási esemény bekövetkeztéig 5 év már eltelt.

### **C.12.3. Szolgáltatási igény bejelentése (biztosítási esemény bejelentése)**

A biztosítási eseményt a bekövetkeztétől számított 8 napon belül a Szerződőnek, illetve a Kedvezményezettnek írásban be kell jelentenie a Biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adnia, és lehetővé kell tennie a bejelentés és a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését.

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási eseményt a megadott határidőn belül nem jelentik be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetlenné válnak. A biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető okiratokat jelen feltételek 2. számú Függléke tartalmazza. A Biztosító szükség esetén bizonyos kérdések tisztázására maga is beszerezhet adatokat.

A biztosítási eseményt annak kell igazolnia, aki a szolgáltatásra igényt tart. A felmerülő költségeket annak kell viselni, aki igényt él a Biztosítóval szemben érvényesíti. A Biztosítót terhel minden olyan költség, amelyet a biztosítási igény bizonyításához igazolhatóan indokolatlanul kért. A Biztosító a bejelentett igények jogosságát az elbíráláshoz szükséges valamennyi – többek között a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához, valamint az ügyfélazonosítás elvégzéséhez szükséges – okiratnak a Biztosítóhoz való beérkezésétől számított 8 napon belül elbírálja, a kifizetést pedig az elbírálást követő 15 napon belül teljesíti, amennyiben a Biztosító teljesítésre kötelezett.

A Biztosító a szolgáltatási összeg kifizetését a Kedvezményezett kérésétől függően banki átutalással vagy postai címre történő kifizetés formájában teljesíti, forintban.

Amennyiben a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a Biztosító a szolgáltatási igényt, illetőleg a biztosítási eseményt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el, vagy elutasíthatja.

### **C.12.4. A Biztosító jogai és kötelezettségei**

#### **I. Tájékoztatási kötelezettség**

A Biztosító köteles a Szerződő részére a Szerződéssel, a Szerződést érintő változással kapcsolatos minden szükséges tájékoztatást teljeskörűen megadni.

#### **II. Szolgáltatási kötelezettség**

A Biztosító a Szerződésben vállalt szolgáltatásokat a biztosítási esemény bekövetkezésekor érvényes Szerződésnek megfelelően nyújtja. 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 pénzübeli szolgáltatásokat a jogalap fennállása esetén, az igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezésétől számított 8 napon belül elbírálja, a kifizetést pedig az elbírálást követő 15 napon belül teljesíti, amennyiben szolgáltatásra kötelezett. Ha a Biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy hiányosan nyújtják be, a Biztosító a felhívás megküldését követő 30. nap leteltével a szolgáltatási igényt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el. A Biztosító a szolgáltatási igény, vagy az annak teljesítéséhez szükséges iratok késedelmes benyújtása miatt elhúzódó kifizetéseket kamatmentesen teljesíti.

### **III. A Biztosító felülbírálati jogai**

A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához saját vagy független orvosszakértőt vehet igénybe. Az orvosszakértő megállapításai függetlenek minden más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvosszakértők megállapításaitól.

A biztosító orvos-szakértőjének joga van a biztosítási események vonatkozásában – egyebek mellett, de nem kizárólag – felülbírálni:

- a) a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés szükségességét és indokolt időtartamát,
- b) a keresőképtelenség tényét és indokolt időtartamát,
- c) a maradandó egészségkárosodás tényét és mértékét.

### **C.13. MENTESÜLÉS**

**A Biztosító mentesül a biztosítási összeg kifizetése alól, ha a biztosítási esemény a Biztosított szándékos magatartása eredményeként következik be.**

**A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól továbbá, ha a biztosítási esemény a Biztosított szándékosan elkövetett súlyos bűncselekménye folytán, azzal összefüggésben, vagy a szerződéskötéstől számított két éven belül elkövetett öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletnek eredményeként következett be, függetlenül attól, hogy azt a Biztosított tudatzavarban követte el.**

**Mentesül a Biztosító a szolgáltatások teljesítése alól akkor is, ha a biztosítási eseményt a Biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartásával idézte elő.**

**A Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, amennyiben a biztosítási esemény bekövetkezését a Szerződésben megadott határidőn belül nem jelentik be, a szükséges felvilágosítást nem adják meg, vagy a felvilágosítások tartalmának ellenőrzését nem teszik lehetővé, és emiatt a Biztosító kötelezettsége szempontjából lényeges körülmények kideríthetlenné válnak.**

**A Biztosított a biztosítási esemény alapjául szolgáló esemény bekövetkezése esetén az adott helyzetben általában elvárható módon köteles eljárni, így késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie (kárenyhítési kötelezettség). Nem jelenti azonban a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá. Továbbá a Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani.**



Ha a Biztosított a kármegelőzési, illetve kárenyhítési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól.

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

#### C.14. ÁLTALÁNOS KIZÁRÁSOK

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

- a) HIV fertőzéssel, továbbá a szexuális úton átvihető betegségekkel (STD);
- b) radioaktív magenergia vagy ionizáló sugárzás hatásával (kivéve a terápiás célú orvosi kezelést);
- c) öröklött és veleszületett rendellenességgel;
- d) geriátriai, hospice, pszichológiai, pszichoterápiás és pszichiátriai kezelésekkkel; bennalvásos alvásvizsgálattal (somnia, polysomnia);
- e) krónikus betegségek rehabilitációjával, gondozásával, művekezeléssel;
- f) nem baleseti vagy nem betegségi ok miatti plasztikai műtéttel vagy esztétikai kezeléssel;
- g) a kockázatviselés kezdete előtt megkezdett gyógykezeléssel;
- h) a kockázatviselés kezdete előtt bekövetkezett bármely fizikai vagy mentális (idegi vagy elmebeli) betegséggel vagy állapottal, amellyel összefüggésben a Biztosítottat kezelték vagy kezelését javasolták;
- i) olyan szubjektív panaszokra épülő betegségekkel, betegségeivel és következményeivel, amelyek objektív orvosi módszerekkel nem igazolhatók, továbbá a migrén, a gerinc egyes degeneratív betegségei (különösen a polidiszkopátia) és azok közvetett és közvetlen következményei;
- j) a nem megváltoztatásával;
- k) a mesterséges megtermékenyítés valamennyi formájával (például in-vitro-fertilizációval illetve inszeminációval),
- l) fogászati kezelésekkkel, fogbeültetésekkel és az azokkal ok-okozati összefüggésben álló beavatkozásokkal és következményekkel, amennyiben azok nem baleseti következmények kiküszöbölését szolgálják,
- m) gyógykezelés vagy gyógyászati beavatkozás miatt bekövetkező egészségkárosodásokkal (kivéve, ha a kezelés, illetve beavatkozás igénybevételére a szerződés kockázatviselési körébe tartozó biztosítási eseménnyel kapcsolatosan volt szükség);
- n) a versenyszerű sportolás, edzés közben bekövetkezett eseményekkel;
- o) a Biztosított öngyilkosságával vagy annak kísérletével, valamint öncsonkításával összefüggésben bekövetkezett eseményekkel;
- p) különösen kockázatos hobbi, sporttevékenység, extrém sport (többek között barlangászat, búvárkodás, szikla-, fal- és hegymászás, bungee jumping), valamint a motoros meghajtású szárazföldi-, vízi-, illetve motoros vagy motor nélküli légi járművek használatával járó, és egyéb rendkívüli felkészültséget és tudást feltételező sportágak űzése közben bekövetkezett eseményekkel;
- q) repüléshez kapcsolódó eseményekkel (többek között ejtőernyős ugrással, sárkányrepüléssel), kivéve az utasként, pilótaként, személyzetként való részvételt a szervezett légiutasforgalomban;

- r) felkeléssel, lázadással, zavargással, fosztogatással, a háborúval, polgárháborúval, terrorcselekményekkel, sztrájkokkal, tüntetéssel közvetlenül összefüggő eseményeket. Sztrájk esetén kivételt képez a mindenkor hatályos jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően előre bejelentett és lebonyolított tüntetésen, felvonuláson, sztrájkon való jogszerű részvétel, ha a Biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségének eleget tett,
- s) A biztosító kizárja a szolgáltatások köréből azon biztosítási eseményeket, amelyek a Biztosított alkohol fogyasztásával összefüggésben és/vagy bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével, következnek be. Ide értve az ezen okok miatt bekövetkező valamennyi egészségi ellátást és elvonókúrát.
- t) orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezeléssel.

A biztosító a balesetek, illetve a baleseti eredetű események köréből kizárja:

- u) a biztosított elme- vagy tudatzavarával ok-okozati összefüggésben bekövetkező eseményeket;
- v) szilárd, folyékony, légnemű anyagok szándékos bevétele miatti mérgezéseket, sérüléseket; ideértve a drogok, kábítószeres által okozottakat is;
- w) a megemelés összes formáját;
- x) a porc- és porckorongsérüléseket, a rándulásokat, a ficamokat, a zúzódásokat, a húzóadásokat, a horzsolásokat, továbbá a nem baleseti eredetű vérzéseket;
- y) a Biztosított fegyveres szolgálat teljesítése közben, illetve a biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett eseményeket.
- z) A Biztosító a baleseti eredetű biztosítási események köréből továbbá kizárja azon biztosítási eseményeket amelyek a Biztosított súlyosan ittas (2,5 ezrelékes véralkohol szintet elérő) állapotával, vagy bódító, kábító vagy más hasonló hatást kiváltó szerek fogyasztása miatti állapotával, vagy toxikus anyagok szedése miatti függőségével, vagy érvényes jogosítvány nélküli és 0,8 ezrelékes véralkohol szintet elérő ittasság melletti gépjárművezetésével közvetlen okozati összefüggésben következett be.
- aa) Jelen feltételek szempontjából nem minősülnek csonttörésnek a csontrepedések és a fogtörések, a biztosító azokat kizárja a biztosítási események köréből.
- bb) A jelen feltételek alapján nem minősülnek műtétnak többek között:
  - I. a járóbeteg gyógykezelés (C. 2 pont) keretében elvégezhető, illetve a kórházi fekvőbeteg gyógykezelést nem igénylő, vagy diagnosztikus céllal végzett beavatkozások;
  - II. az endoscoppal, laparoscoppal, bronchosoppal, thorascoppal végzett műtéti és terápiás eljárások,
  - III. arthroscóppal végzett műtéti és terápiás eljárások (például, de nem teljes körűen: arthroscopos shaving, arthroscopos menisectomy, arthroscopos plica bemetszés, arthroscopos synovectomy, arthroscopos ízületi test eltávolítás, arthroscopos Pridie felfúrás, arthroscopos microfracturing, arthroscopos műtét mini arthrotomiával kiegészítve);

- IV. a bőrelváltozások (például, de nem teljeskörűen anyajegyek, zsircsomók, szemölcsök, jégárpák, ciszták, keloid lipómák, fibrómák, hemangiómák stb.) eltávolításai
- V. bőrdaganatok eltávolításai,
- VI. a kézen a csuklótól dystalisan elhelyezkedő szenzoros idegek varratai,
- VII. A MedHelp III műtéti listában 0. csoportba sorolt műtétek, beavatkozások.

A biztosítási események köréből meghatározottakon túl kizárásra kerülnek:

- cc) a Biztosított szülésével, császármetszésével és terhességével, valamint a művi terhességmegszakítással, (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, illetve a bűncselekmények következtében indokolt beavatkozások) kapcsolatos események.
- dd) a Biztosított olyan betegségei vagy kóros állapotai, amelyek a kockázatviselés kezdetét megelőzően bizonyíthatóan fennálltak, vagy amelyeket a kockázatviselést megelőzően kórisméztek, vagy amelyek gyógykezelést, orvosi ellenőrzést igényeltek;
- ee) a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelések köréből azok az események, amelyek
  - I. a gyermek 1 éves kora előtt diagnosztizált betegségeivel,
  - II. a gyermeknek a kockázatviselés kezdete előtt meglévő betegségeivel kapcsolatosak.
- ff) Nem minősülnek biztosítási eseménynek továbbá:
  - I. a rákelőző (precarcinóma) állapotok,
  - II. a környezetet el nem árasztó (in situ) daganatok,
  - III. a bőrrákok, kivéve a festékes anyajegyek rosszindulatú daganatai (melanoma malignum),
  - IV. a HIV pozitív diagnózis mellett fellépő bármely daganat.

Ha a biztosítási eseményt a fentiekben felsorolt valamely esemény okozta, a Biztosító nem teljesít kifizetést.

## C.15. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

### C.15.1. Többlethozam, maradékjogok, kötvénykölcsön

A jelen betegségbiztosítás esetén matematikai tartalék képzésére nem kerül sor, ezért többlethozam nem keletkezik, és nincs nyereségrészesedés sem.

A jelen betegségbiztosításnál maradékjogok nem keletkeznek, így a biztosítási szerződés nem rendelkezik visszavásárlási összeggel, és nincs lehetőség díjmentes leszállításra.

A jelen betegségbiztosításra kötvénykölcsön sem igényelhető.

### C.15.2. A biztosítási kötvény elvesztése

A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése esetén a Biztosító a Szerződő (Biztosított) kérésére a szerződés aktuális állapotának megfelelő új kötvényt állít ki, vagy az eredeti kötvény másolatát megküldi a Szerződőnek. A Biztosító kérheti

az új kötvény kiállítási költségének megtérítését, azonban a Biztosító szolgáltatásának nem feltétele a kötvény megléte.

## C.16. A JOGSZABÁLYOKTÓL, A SZOKÁSOS VAGY A KORÁBBI SZERZŐDÉSI GYAKORLATTÓL LÉNYEGESEN ELTÉRŐ RENDELKEZÉSEK

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

- a) A szerződés létrejöttére vonatkozó rendelkezések bővítésre, pontosításra kerültek (ÁSZF C.3. pont).
- b) A Felek a kapcsolattartásra és jognyilatkozatokra vonatkozó rendelkezések értelmében e-mailben is kommunikálhatnak egymással az B.1. pontban rögzítettek szerint.
- c) Az adatkezelésre, adatvédelemre vonatkozó GDPR-nak történő megfelelés érdekében a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések módosításra kerültek a B.3. pont szerint.
- d) A Szerződésből eredő igények a követelés esedékességétől számított két év alatt évülnek el (B.6.).
- e) A Fogalmak rész pontosításra, kibővítésre került különös tekintettel a baleset, és a keresőképtelenség fogalmára. (ÁSZF C.2.)
- f) A Szerződés alanyai rész kibővítésre, pontosításra került: (C.1.)
  - A Szerződő csak magyarországi állandó lakcímmel rendelkező természetes személy lehet vagy Magyarországon nyilvántartásba vett jogi személy lehet. (ÁSZF C.1.2. pont)
- g) Pontosításra került a Kedvezményezettek leírása (ÁSZF C.1.4. pont).
- h) Leírásra került a várakozási idő meghatározása (ÁSZF C.4.1.).
- i) A biztosítási díj fizetésére vonatkozó feltételek módosításra kerültek:
  - Az első díjfizetés határideje módosult (ÁSZF C.7.1).
  - A díj nem fizetés körülményeinek leírása módosult (ÁSZF C.7.3.).
- j) A díjfizetés gyakoriságának megfelelően fizetendő díjat a Szerződés 3. számú Függeléke tartalmazza.
- k) Szabályozásra kerültek a szerződésmódosítás körülményei (ÁSZF C.10.).
- l) Pontosításra kerültek felek közlési és változásbejelentésre vonatkozó kötelezettségei (ÁSZF C.12.1, ÁSZF C.12.2).
- m) Pontosításra kerültek a szolgáltatási igény bejelentésre vonatkozó kötelezettségek (ÁSZF C.12.3).
- n) Pontosításra kerültek a biztosító jogai és kötelezettségei (ÁSZF C.12.4).
- o) Kiegészítésre és módosításra kerültek a mentesülés és kizárás szabályai (ÁSZF C.13, ÁSZF C.14).
- p) A biztosítási eseményeket és a Biztosító szolgáltatásait az 1. számú Függelék tartalmazza.
- q) Pontosításra kerültek a keresőképtelenség teljesítésnek feltételei.
- s) A biztosítási esemény bekövetkezése esetén a Biztosító által kérhető dokumentumok listáját a Szerződés 3. számú Függeléke tartalmazza, mely egyúttal kibővítésre és pontosításra került.

## 1. számú Függelék

### A MedHelp III. betegségbiztosítás biztosítási eseményei és szolgáltatásai

A jelen 1. számú Függelékben leírtak az Általános szerződési feltételekben (ÁSZF) leírtakkal együtt és a biztosítási esemény időpontjában hatályos kötvénnyel együtt érvényesek. Az 1. számú Függelékben leírtak és az ÁSZF-ben leírtak ellentmondása esetén az 1. számú Függelékben leírtak az az irányadóak. A Biztosító a szolgáltatási igény elbírálása során megvizsgálja, hogy a biztosítási esemény kapcsán nem áll-e fenn ÁSZF C.13 pontjában leírt mentesülések valamelyike. Ha igen, a Biztosító az ott leírtaknak megfelelően nyújt szolgáltatást. Mindezek mellett a Biztosító azt is megnézi, hogy a biztosítási esemény nem esik-e az ÁSZF C. 14. pontjában leírt kizárások alá. Ebben az esetben a biztosító az adott biztosítási eseményt nem tekinti biztosítási eseménynek, így szolgáltatást sem nyújt.

#### Műtéti térítés / Gyógyulási támogatás

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	<p>Jelen szerződési feltételeken belül a Biztosítottna a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan műtét (C.2. és C.4.3. pontnál leírt figyelembevételével),</p> <p>a) amely a Biztosítottna a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete (C.2. Fogalmak pontnál leírt figyelembevételével) vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége (C.2. Fogalmak pontnál leírt figyelembevételével) miatt vált szükségessé.</p> <p>Baleseti eredetűnek minősül az a műtét, amelyet a balesettel közvetlen ok-okozati összefüggésben, a baleset napjától számított 1 éven belül végeznek el.</p>
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	<p>Nem baleseti eredetű műtét esetén:</p> <p>a) a szerződésben meghatározott – műtéti csoporttól függő biztosítási összeg kerül kifizetésre.</p> <p>b) Kifizetésre kerül továbbá az alábbi egyszeri gyógyulási támogatás</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének 7 napra számított értéke;</li><li>• 2. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének 14 napra számított értéke;</li><li>• 3. csoportú műtétek esetén: a nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés – műtét napján érvényes – napi térítési összegének 28 napra számított értéke.</li></ul> <p>Baleseti eredetű műtét esetén:</p> <p>az a) és b) pontban írt szolgáltatások helyett azok kétszerese kerül kifizetésre.</p> <p>Baleseti eredetű műtét esetén, ha a baleset Magyarország határain kívül következett be és – sürgősségi okok miatt – a műtetre is Magyarország határain kívül került sor, az a) és b) pontokban írt szolgáltatások helyett az a) és a b) pontban írt szolgáltatások négyszerese kerül kifizetésre, kivéve, ha a Biztosított életvitelszerűen tartózkodik külföldön. Biztosító a fent meghatározott műtét esetén a Biztosítottra vonatkozó, a műtét időpontjában érvényes, az adott csomagnak megfelelő biztosítási összeget fizeti ki, figyelembevéve, hogy az adott műtét mely csoportba sorolható. Abban az esetben, ha egy műtét több szervet vagy testrészt érint, a Biztosító arra a műtéti beavatkozásra nyújt térítést, amelyhez a legmagasabb szolgáltatási összeg tartozik. A térítés a Biztosító MedHelp III. műtéti listája alapján történik, és a lista alapján az 1-től 3-ig terjedő osztályokba tartozik. A Biztosító a 0. csoportú műtétekre nem nyújt térítést. A műtétek részleges, példa szerű felsorolása az 4. számú Függelékben található.</p> <p>Azon műtétek esetén melyek nem szerepelnek a listában a Biztosító Orvosszakértője állapítja meg, hogy mely műtéti csoportba sorolható. A Biztosító Orvosszakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos szakértők megállapításaitól.</p>
<b>Megjegyzés</b>	<p>A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a Biztosító honlapján (<a href="http://www.uniga/karbejelentés/Baleset_és_betegségbiztosítások/MedHelp_III_műtéti_lista">www.uniga/karbejelentés/Baleset és betegségbiztosítások/MedHelp III műtéti lista</a>) tekinthető meg, melyet kérésre – a Biztosító írásban is a Szerződő rendelkezésére bocsát.</p>

## Folyamatos fekvőbeteg gyógykezelés (kórházi napi térítés)

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	Jelen biztosítás szempontjából biztosítási esemény a Biztosított baleseti vagy betegségi eredetű, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (C.2. és a C.4.3. pontnál leírtak figyelembevételével), amely a kockázatviselés tartama alatt kezdődik, és amelyek időtartama legalább 4 nap. Továbbá a Biztosított 1–14. év közötti gyermekének balesettel, műtéttel vagy laboratóriumi lelettel alátámasztott, heveny fertőző betegséggel kapcsolatos, folyamatos (megszakítás nélküli) kórházi fekvőbeteg gyógykezelése (C.2. Fogalmak pontnál leírtak figyelembevételével), amely a kockázatviselés tartama alatt kezdődik, és amelyek időtartama legalább 4 nap.
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés: a) Nem baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén a szerződésben meghatározott napi térítési összeg annyiszorosra kerül kifizetésre, ahány napig (min. 4 nap) a folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés tartott, a következők figyelembevételével: A folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés időtartamának számításánál minden érintett nap egész napnak számít, így a felvétel, az elbocsátás, valamint az esetleges haláleset napja is; a kockázatviselés tartamán esetlegesen túlnyúló napok nem kerülnek figyelembevételre. b) Baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén a kórházi fekvőbeteg gyógykezelés, amely a Biztosítottat a kockázatviselés tartama alatt ért balesettel (C.2. Fogalmak pontnál leírtak figyelembevételével) közvetlen ok-okozati összefüggésben, a baleset napjától számított 1 éven belül kezdődik az a) pontban leírt szolgáltatás helyett annak kétszerese kerül kifizetésre. c) Baleseti eredetű folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén, ha a baleset Magyarország határain kívül következett be és – sürgősségi okok miatt – a kórházi fekvőbeteg gyógykezelésre is Magyarország határain kívül került sor, akkor az a) pontban írt szolgáltatás négyszerese kerül kifizetésre, kivéve, ha a Biztosított életvitelszerűen tartózkodik külföldön.
<b>Megjegyzés</b>	A Biztosító egy biztosítási időszakon belül összesen legfeljebb 90 kórházi ápolási napra térít. Folyamatos kórházi fekvőbeteg gyógykezelés esetén annak indokoltságát a Biztosító 28 naponként felülvizsgálhatja. A felülvizsgálatot követően a napi térítési összeg további folyósításáról a Biztosító az indokoltságtól függően dönt.

## Csonttörés

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	A Biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett csonttörése.
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	A szerződésben meghatározott és a biztosítási esemény napján érvényes biztosítási összeg kerül kifizetésre.
<b>Megjegyzés</b>	Az egy eseményből fakadó többszörös vagy több csontot érintő csonttörések is egy biztosítási eseménynek minősülnek.

## 70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	A Biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés tartamán belül bekövetkezett balesete vagy betegsége miatti, az arra illetékes magyar társadalombiztosítási szerv által jogerősen megállapított és a Biztosító Orvosszakértője által is elismert 70%-os mértékű, össz-szervezeti egészségkárosodása, feltéve hogy a társadalombiztosítási szerv ezt megállapító határozatának kelte a kockázatviselés tartamán belüli, illetve baleset miatti egészségkárosodás esetében a baleset bekövetkeztétől számított 2 éven belül van.
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	A szerződésben meghatározott és a biztosítási esemény napján érvényes biztosítási összeg kerül kifizetésre.

## Gyermek születés

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	Ha Biztosítottnak a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte után gyermeke születik.
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	A szerződésben meghatározott biztosítási összeg kerül kifizetésre.
<b>Megjegyzés</b>	Az ikerszülés egy szülésnek számít.

## Égési sérülés

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	Jelen feltételek keretében biztosítási esemény az a nem halálos kimenetelű baleset, amely a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés ideje alatt következett be, és melynek következtében a Biztosított égési sérülést szenved.																							
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	<p>A szerződésben meghatározott biztosítási összegnek az égési sérülés súlyosságától függő mértéke kerül kifizetésre. Az égési sérülés fokának és kiterjedtségének meghatározásakor a mindenkori felelős egészségügyi szakhatóság – a biztosítási esemény bekövetkeztekor érvényes – szakmai protokollja irányadó.</p> <p>A térítés mértéke az égési sérülés fokától és kiterjedtségétől az alábbi táblázat szerinti a biztosítási összegnek a biztosítási esemény időpontjában érvényes százaléka, amely függ:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Mélység</th> <th colspan="3">Testfelület</th> </tr> <tr> <th>0–20%</th> <th>21–60%</th> <th>61–100%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I. fokú</td> <td>–</td> <td>25%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>II/1 fokú</td> <td>–</td> <td>25%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>II/2 fokú</td> <td>50%</td> <td>100%</td> <td>200%</td> </tr> <tr> <td>III. fokú</td> <td>100%</td> <td>200%</td> <td>200%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A térítés mértéke légúti égési sérülés esetén a biztosítási összeg kétszerese.</p>	Mélység	Testfelület			0–20%	21–60%	61–100%	I. fokú	–	25%	50%	II/1 fokú	–	25%	50%	II/2 fokú	50%	100%	200%	III. fokú	100%	200%	200%
Mélység	Testfelület																							
	0–20%	21–60%	61–100%																					
I. fokú	–	25%	50%																					
II/1 fokú	–	25%	50%																					
II/2 fokú	50%	100%	200%																					
III. fokú	100%	200%	200%																					
<b>Megjegyzés</b>	<p>Ha a Biztosított egy biztosítási esemény következtében többféle fokú és/vagy kiterjedtségű égési sérülést szenved, akkor a Biztosító a szolgáltatás mértékét az egyes sérülések kiterjedtségének százalékos mértékét összeadva, valamint a legmagasabb fokú sérülés figyelembevételével állapítja meg.</p> <p>A Biztosító szolgáltatása egy biztosítási évben több biztosítási esemény bekövetkezte esetén sem haladhatja meg a biztosítási összeg kétszeresét.</p>																							

## Őssejt-levétel

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	A Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt a jelen biztosításra vonatkozó kockázatviselés kezdetétől számított 1 év eltelte után született gyermeke születésekor, a gyermek köldökzsinórvéréből történő, úgynevezett embrionális őssejt levétele.
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	A fent meghatározott beavatkozás esetén a Biztosító megtéríti az őssejt-levétel számlával igazolt költségét a szerződésben meghatározott limit erejéig.
<b>Megjegyzés</b>	A Biztosító a szolgáltatás elbírálásánál figyelembe veszi a C.4.3. pontban leírtakat.

## Bónusz-szolgáltatás

<b>Biztosítási esemény, Biztosító szolgáltatása</b>	Amennyiben a jelen feltételek alapján kötött biztosítási szerződés a biztosítási évfordulókor díjhátralék nélkül érvényben van, és az azt megelőző biztosítási időszakban nem történt biztosítási esemény, a Biztosító a Szerződőnek visszafizeti a biztosítási időszakban befizetett, részletfizetési pótlék nélkül számított díj egy hónapra eső részét.
<b>Megjegyzés</b>	<p>A bónuszt a Biztosító az évfordulót követő 90 napon belül fizeti ki.</p> <p>Amennyiben a bónusz kifizetésre került, és később érvényesítenek a kifizetést megelőző biztosítási időszakban bekövetkezett eseményből eredő szolgáltatási igényt, a szolgáltatási összegből a kifizetett bónusz összegét a Biztosító levonja.</p>

## Kiemelt kockázatú betegségek

<b>Biztosítási esemény meghatározása</b>	Jelen feltételek keretében biztosítási esemény– a Szerződő által választott csomag tartalmától függően – a Biztosítottnak a kockázatviselés ideje alatt és a biztosítás területi hatályán belül bekövetkező, az alább meghatározott kiemelt kockázatú betegségben történő megbetegedése vagy ugyanott meghatározott műtét elvégzése.
<b>Biztosító szolgáltatása</b>	A Biztosító a fent leírt biztosítási esemény bekövetkezése vagy fennállása esetén kifizeti a biztosítási esemény időpontjában érvényes, a választott csomaghoz tartozó biztosítási összeget.
<b>Megjegyzés</b>	A biztosítási események bekövetkezésének – biztosítási eseményenként eltérő – időpontját az alábbi felsorolás tartalmazza.



## MedHelp III. betegségbiztosítás kizárólag a jelen felsorolásban meghatározott és a leírásoknak teljes mértékben megfelelő betegségek és állapotok bekövetkezésére nyújt fedezetet.

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

Jelen kiegészítő feltételek szempontjából nem minősülnek biztosítási eseménynek:

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

3. **A szívizomelhalás (szívinfarktus):** a koszorúerekben kialakult akut vérellátási zavar következtében létrejövő szívizom elhalás.

A Biztosító abban az esetben teljesít szolgáltatást amennyiben erős, szorító mellkasi (vagy annak megfelelő, pl. felhasi, hát, váll, stb.) fájdalom mellett az 1-3. pontokban felsorolt vizsgálati eredmények közül legalább 2 különböző csoportba tartozó eredmény bizonyíthatóan fennáll:

1. Átmeneti vagy végleges jellegzetes EKG elváltozások együttesen vagy külön-külön: frissen kialakuló Q hullám, ST eleváció, T inversio,
2. szívizom-specifikus enzimaktivitások emelkedése: nekroenzim kiáramlás, szintjük megemelkedése; SGOT, LDH, CK-MB, miogloblin, troponin I, ill. troponin T kórjelző emelkedése, ezek típusos időbeni változása.
3. szívultrahanggal, vagy más módszerrel kimutatott falmozgás zavar, vagy egyéb aktuális eltérés (pl. kamrai sövény átszakadása, kamra fal szakadása, aneurysma kialakulása, papilláris izom szakadása), amely a szívizom elhalással kapcsolatba hozható.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

4. **Krónikus veseelégtelenség:** mindkét vese működésének visszafordíthatatlan csökkenése, amennyiben ez a csökkenés olyan mértékű, hogy az állapot művesekezelés vagy veseátültetés nélkül az étellel nem összeegyeztethető, és a Biztosított a dialízis kezdetétől számított legalább 60 napig dialíziskezelésre szorul.

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

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

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

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

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

(NYHA classes) New York Heart-beosztás:

- I. osztály: A fizikai teljesítőképesség nem korlátozott, a szokásos fizikai aktivitás nem okoz fáradtságot, nehézlégzést, vagy szívdobogásérzést.
- II. osztály: A fizikai terhelhetőség enyhén korlátozott, a beteg nyugalomban panaszmentes, a szokásos fizikai aktivitás azonban fáradtságot, nehézlégzést, vagy szívdobogásérzést okoz.
- III. osztály: A fizikai terhelhetőség kifejezetten korlátozott, a beteg nyugalomban panaszmentes, de már a szokásosnál kisebb fizikai aktivitás is tüneteket okoz.
- IV. osztály: Bármilyen fizikai aktivitás kivitelezhetetlen panaszok nélkül, a betegnek nyugalomban is vannak szívelégtelenségre jellemző panaszai.

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

7. **Elsődleges kisvérköri hipertónia:** Az elsődleges pulmonáris hipertónia diagnosztizálásának legalább három, egyidejűleg fennálló tényen kell alapulnia az alábbi négy közül. A szakorvos által felállított diagnózist vizsgálati eredményekkel kell alátámasztani, beleértve a szívkatéteres vizsgálatot is.
- a) Az artéria pulmonális nyomása legalább 30 Hgmm vagy annál nagyobb;

- b) az EKG jobb kamra hipertrófiát mutat (RV1 + SV5 > 1.05 mV);
- c) nyugalmi állapotban csökkent a vér oxigén koncentrációja;
- d) Szívtultrahang jobb kamra tágulatot mutat (d > 30 mm).

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

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

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

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

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

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

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

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

12. **Kóma:** olyan eszméletvesztést jelent, amely az alábbi együttes feltételeknek megfelel: külső vagy belső ingerekre nem reagál és státusza a Glasgow Kóma Skála szerint nem haladja meg a 4-es értéket:

- a) legalább 30 napon keresztül fennáll,
- b) a légzést intubációval és mechanikus lélegeztetéssel lehet csak fenntartani.

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

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

13. **Motoneuron (mozgató idegsejt) károsodás:** A diagnózist ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben a jelen pont második bekezdésében meghatározott feltétel fennáll, a következő betegségek megállapítása esetén: spinális muszkuláris atrofia, progresszív bulbáris bénulás, amiotrófiás laterálszklerózis vagy primer laterálszklerózis. A kortikospinális pályák, vagy az elülső szarv sejtek, vagy a bulbáris efferens neuronok progresszív károsodásának fennállása szükséges.

Az idegrendszeri mozgató funkció tartós, folyamatos, legalább 3 hónapja fennálló objektíven (EMG-, ENG-vizsgálat által) bizonyított idegrendszeri eredetű károsodásának fennállása szükséges a diagnózis felállításához.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában végtagnak minősül:

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

**A jelen biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra, részleges bénulásra, vírusfertőzés utáni vagy ol-tási szövödményként jelentkező átmeneti bénulásra, vagy pszichés okok miatti bénulásra.**

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

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

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

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

**A jelen biztosítás nem terjed ki a Parkinson-szindrómára, drog vagy toxikus anyag okozta parkinsonizmusra.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

16. **Sclerosis multiplex:** a központi idegrendszer fehérállományának göccs pusztulásával járó, szakaszosan lezajló betegség, amelynek eredményeképpen a Biztosítottnál járás- vagy egyéb idegrendszeri zavarok (például látóideg-gyulladás, érzékszavarok, pszichés zavarok) alakulnak ki.

A Biztosító csak abban az esetben teljesít szolgáltatást, amennyiben az ideggyógyász szakorvos sclerosis multiplex fennállását a hosszmetzeti kép alapján írásban, szakorvosi leletbe foglalva diagnosztizálja, és az alábbi két kritérium együttes meglétét igazolja:

- a mozgató és az érző idegek állandó funkcionális károsodását, mely folyamatosan legalább 6 hónapja tart, és
- az alábbi vizsgálatok támasztják alá: lumbálpunkció, látás, illetve hallás – egyensúly kóros elváltozásai és az MRI által igazolt központi idegrendszeri károsodások.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

17. **Szervátültetés:** külső donortól származó vese, csontvelő, máj, szív, hasnyálmirigy és tüdő tényleges átültetése a Biztosított testébe.

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

18. **Szisztémás szklerózis (Scleroderma, PSS):** olyan, egész szervezetet érintő kötőszöveti betegség, mely progresszív, átható (diffúz) kötőszöveti átépüléssel jár a bőrben, az érfalakban, és a zsigeri szervekben. A diagnózist reumatológus vagy immunológus szakorvos állítja fel írásban, szak-

orvosi leletbe foglalva. A diagnózis felállításának feltétele a betegséget igazoló biopszia (szövettan), vérlelet (szerológia), illetve hogy a betegség több szervre ráterjedjen, magában foglalva a szívet, tüdőt, veséket.

**A jelen biztosítás nem terjed ki az alábbiakra:**

- Lokális scleroderma (morphea)
- Eosinophil fasciitis
- CREST-szindróma

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

19. **Végállapotú májelégtelenség:** a májműködés állandó és végleges károsodása, mely az alábbi három tünetegyüttes fennállását okozza:

- tartós sárgaság (össz-szérum bilirubinérték > 200 mol/l legalább 3 hónapon keresztül, 3 ismételt alkalommal meghatározva 1 hónapos időközönként),
- ascites (hasvízkór) 1000 ml felett,
- máj eredetű encephalopathia (agyi funkciók károsodása, melyet neurológus szakorvos írásban, szakorvosi leletbe foglalva igazol).

**A jelen biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májelégtelenségre.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

20. **Végső stádiumú tüdőbetegség:** Végső stádiumú, idült légzési elégtelenséghez vezető tüdőbetegség megállapításának feltételei a következők:

- FEV1 < 60% ismételten: legalább 3 alkalommal, 3 hónapos időközökben mérve, minden alkalommal és;
- folyamatos oxigénterápia alkalmazása szükséges a fennálló oxigénhiány kezelésére és;
- az ütőérvég-gáz-analízis szerint az oxigénnyomás 55 Hgmm-nél alacsonyabb és
- nyugalmi légszomj áll fenn.

A végleges diagnózist tüdőgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva.

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

21. **A gerincvelő szürkeállományának gyulladása (Poliomyelitis-Gyermekbénulás):** a Poliomyelitis diagnózisát az alábbi két feltétel együttes jelenléte támasztja alá.

- Azonosított Poliovírus a megbetegedés okozója,
- a végtagok vagy a légzőszervek izmainak legalább három hónapja folyamatosan fennálló bénulása.

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

22. **Agyvelőgyulladás:** az agy állományának (agyfélteke, agytörzs vagy kisagy) súlyos gyulladást okozó vírusfertőzés, amely tartós neurológiai károsodáshoz vezet. A tartós neurológiai károsodásnak minimum 6 hétig folyamatosan fenn kell állnia, és a diagnózist neurológus szakvéleményével kell alátámasztani.

**A jelen biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált agyvelőgyulladásra.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

23. **Aplasztikus anaemia:** egy krónikus csontvelőbetegség, mely súlyos vérképzési zavart jelent. A diagnózist hematológus szakorvos írásban igazolja, szakorvosi leletbe foglalva. Aplasztikus anaemiának minősül a csontvelő legalább 3 hónapja fennálló és legalább 25%-át érintő károsodás, feltéve, hogy az alábbi három tényezőtől legalább kettő fennáll:

- Az abszolút fehérvérsejt szám kevesebb, mint  $500/\text{mm}^3$ ,
- a vérlemezkék száma kevesebb, mint  $20000/\text{mm}^3$ ,
- a reticulocyták szám kevesebb, mint  $20000/\text{mm}^3$ .

**A jelen biztosítás nem terjed ki az időszakos vagy reverzibilis aplasztikus anaemiára.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

24. **Bakteriális agyhártyagyulladás:** bakteriális fertőzés, ami az agyhártyák és a gerincvelő gyulladásos folyamatainak keresztül súlyos és visszafordíthatatlan neurológiai károsodást okoz, és a károsodás már legalább hat hete folyamatosan fennáll. A diagnózist gerincspinalis nyert gerincvelőfolyadékban azonosított bakteriális fertőzéssel és neurológus szakorvosi véleményével kell alátámasztani.

**A jelen biztosítás nem terjed ki a HIV fertőzött állapotban diagnosztizált bakteriális agyhártyagyulladásra.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség diagnosztizálásának időpontja.

25. **Harmadfokú égés:** A jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában harmadfokú égésnek minősül a teljes mélységű, azaz a bőr minden rétegére kiterjedő, a testfelület legalább 20%-át érintő elváltozás. A diagnózist intenzív terápiás vagy sebész szakorvosnak kell írásban igazolnia, szakorvosi leletbe foglalva, részletes és pontos testterképpel dokumentálva.

A biztosítási esemény időpontja a harmadfokú égés bekövetkezésének időpontja.

26. **Heveny, súlyos májgyulladás:** A heveny májgyulladás a máj heveny megbetegedése, melyet elsősorban különböző vírusfertőzések, de más károsító hatások is okozhatnak. Jelen feltételek vonatkozásában heveny súlyos májgyulladásnak minősül a következő feltételek együttes, legalább 2 héten keresztül történő fennállása:

- Hirtelen, nagyfokú romlás a májfunkciós laborparaméterekben (GOT, GPT, GGT közül legalább 2  $> 1000 \text{ U/l}$ ),
- súlyos sárgaság (összbilirubin  $> 200 \text{ umol/l}$ ).

**A jelen biztosítás nem terjed ki a droghasználat vagy alkoholizmus mellett kialakuló májkárosodásra.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

27. **Jóindulatú agydaganat:** az agyban található, életveszélyt jelentő daganat, mely állandó idegrendszeri tünetet okoz az érző és a motoros idegműködésben, és legalább 6 hónapon keresztül fennáll. A daganat jelenléte megfelelő vizsgálatokkal, azaz CT-, MRI-vizsgálatokkal igazolandó. Az idegrendszeri tünet meghatározás a következőket foglalja magában: agyideg bénulása, beszédképesség elvesztése, végtagi bénulás, érzéskiesés, járásképtelenség.

**A biztosítás nem terjed ki a hangulatváltozásra, koncentráció- és memóriazavarra, fejfájásra, aluszékonyosságra, fáradékonyosságra, szédülésre, továbbá olyan kórformákra, mint agyi ciszta, granuloma, az agy ereiben (artéria és véna) kialakult elváltozások, haematoma, tályog, a gerincvelő, illetve az agyalapi mirigy daganata.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

28. **Némaság:** a beszéd teljes, állandó és visszafordíthatatlan elvesztése, melyet a gége, a hallóideg vagy az agyi hallásközpont balesete vagy visszafordíthatatlan betegsége okozott. A diagnózist neurológus vagy fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban megerősítenie szakorvosi leletbe foglalva, igazolni a gégeműködés képtelenségét, valamint azt, hogy a beszédképesség elvesztése több mint 6 hónapja tart.

**A jelen biztosítás nem terjed ki a pszichiátriai okból, autizmus, illetve értelmi fogyatékoság következtében kialakult némaságra.**

A biztosítási esemény időpontja a némaság első diagnosztizálásának időpontja.

29. **Siketség:** mindkét oldali fül hallásának baleseti eredetű vagy betegségből kifolyólag bekövetkező teljes, állandó és visszafordíthatatlan, azaz semmilyen eszközzel vagy műtéttel nem korrigálható elvesztése. A diagnózist fül-orr-gégész szakorvosnak kell írásban, szakorvosi leletbe foglalva megerősítenie, melyet az audiometria és a hallásküszöbvizsgálat alátámaszt.

Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában süketnek minősül az, akinek hallásküszöbértéke a beszédfrekvenciákon mindkét fülön 60 dB felett van.

**A jelen biztosítás nem terjed ki az időskori hallásvesztésre.**

A biztosítási esemény időpontja a siketség első diagnosztizálásának időpontja.

30. **Súlyos fejsérülés:** az olyan baleseti eredetű koponyasérülés, mely az agyi funkciók károsodásával jár. Ezt ideggyógyász szakorvos állapítja meg írásban, szakorvosi leletbe foglalva, melyet MRI- és/vagy CT-vizsgálatok eredményével támaszt alá.

Jelen feltételek vonatkozásában súlyos fejsérülésnek minősül a Biztosított mentális, idegrendszeri és szociális funkcióinak olyan mértékű romlása, hogy legalább 6 hónapon keresztül folyamatosan képtelen az alábbi öt, a mindennapi életvitelhez szükséges tevékenységek közül háromnak az elvégzésére.

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

- Tisztálkodás képessége: a tisztálkodás képessége fürdőkádban vagy zuhanyzóban (beleértve a kádba vagy zuhanyzóba való ki- és bejutás képességét), vagy más eszközzel történő megfelelő tisztálkodás;
- Öltözködés képessége: képesség arra, hogy valaki biztonságosan ruháit felvegye, illetve levegye, az esetlegesen meglévő protéziseit, illetve egyéb segédeszközöket felcsatolja, illetve levegye;



- c) Közlekedés képessége: képesség arra, hogy valaki az ágyból kikeljen és normál székbe vagy kerek székbe üljön, illetve az ágyba visszajusson;
- d) Illemhelyhasználat képessége: széklet vagy vizelet ürítése mellékhelyiségben vagy egyéb megfelelő eszköz használatával a személyes higiénié céljából;
- e) Étkezés képessége: az elkészített vagy készen kapható étel önálló elfogyasztásának képessége.

**A jelen biztosítás nem terjed ki a gerincvelősérülésre, illetve olyan agyi funkciózavarra, melyet nem baleset okozott.**

A biztosítási esemény időpontja a súlyos fejsérülés bekövetkezésének időpontja.

31. **Súlyos, műtéti beavatkozást igénylő Crohn-betegség:** a Crohn-betegség a gyulladásos bélbetegségek egyik típusa, amely a bélrendszer nyálkahártyájának gyulladásával jár, ezáltal súlyos hasmenéshez és hasi fájdalomhoz vezet. Jelen kiegészítő feltételek vonatkozásában súlyos Crohn-betegségnek minősül az olyan, biopsziával (szövettannal) igazolt Crohn-betegség, amely legalább két műtéti beavatkozást tesz szükségessé (a végbélsipoly műtétjének kivételével). A végleges diagnózist gasztroenterológus, belgyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amelyhez csatolni kell a szövettani vizsgálat eredményét.

A biztosítási esemény időpontja a második műtét végrehajtásának időpontja.

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

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

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

33. **Szisztémás lupus erythematosus (SLE):** a test több szervét érintő autoimmun betegség, amelynek tünetei időnként felerősödnek, időnként lecsökkennek. Az SLE diagnózist reumatológus, immunológus, belgyógyász-nefrológus vagy ideggyógyász szakorvos állítja fel írásban, szakorvosi leletbe foglalva, amennyiben az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:
- a) típusos bőrjelenségek (pillangószárny erythaema, discoid bőrkiütés),
  - b) sokizületi gyulladás,

- c) serositis,
- d) SLE által kiváltott vérképzőszervi és immunológiai kóros elváltozások,
- e) pozitív antinukleáris antitest kimutatása vérvizsgálat során,
- f) központi idegrendszeri károsodás,
- g) vesekárosodás. A vesekárosodás megállapításának jelen feltételek vonatkozásában feltétele a tartós fehérjevizelés fennállása napi 0,5 gramm feletti vizeletfehérjeürítés esetén.

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

**A jelen biztosítás nem terjed ki a discoid lupusra.**

A biztosítási esemény időpontja a betegség első diagnosztizálásának időpontja.

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

Jelen feltételek vonatkozásában vaknak minősül az, akinek

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

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

A biztosítási esemény időpontja a vakság első diagnosztizálásának időpontja.

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

**A jelen biztosítás nem terjed ki a szándékos önkárosításra.**

A biztosítási esemény időpontja a műtét végrehajtásának időpontja.

## 2. számú Függelék:

### A biztosítási szolgáltatás elbírálásához bekérhető okiratok

A biztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatás igénybevételéhez, a biztosítási szolgáltatás jogalapjának és összegszerűségének megállapításához a Biztosító a következő iratokat kérheti be. A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a jelen fejezetben felsorolt valamennyi dokumentum eredeti példányát is bekérje.

Bekérendő dokumentum	Folyamatos fekvőbeteg ellátás	Műteti térítés	Gyógyulási támogatás	Kiemelt kockázatú betegségek	70 %-os össze-szervezeti egészség-károsodás	Csonttörés	Égési sérülés	Gyermek születése	Össejt-levétel	Nemzetközi második orvosi vélemény	A második évfői kármentesség esetén egy havi díjvisszatérítés
A biztosító erre a célra szolgáló, hiánytalanul kitöltött és aláírt szolgáltatási igénybejelentő nyomtatványának eredeti példánya vagy jól olvasható másolata	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
A biztosítási eseményt kiváltó, annak bekövetkezésében szerepet játszó eseményre vonatkozó, illetve az azzal kapcsolatos valamennyi ellátás orvosi dokumentációja, gyógykezelések, vizsgálatok iratai, kórházi zárójelentések, szövettani eredmények, műteti leírások, szakorvosi iratok másolatai	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Hatósági eljárás esetén a tényállás megállapítására alkalmas, hiteles hatósági okirat, vádindítvány vagy vádirat, bírósági ítélet vagy az eljárást befejező/elutasító határozat másolata, amennyiben ilyen készült és az okirat szükséges a biztosítási esemény bekövetkezésének igazolásához, illetve a teljesítendő szolgáltatás mértékének meghatározásához	x	x	x	x	x	x	x			x	
Külföldön bekövetkezett biztosítási esemény esetén a biztosítási esemény körülményeiről a külföldi állami vagy önkormányzati hatóság és egészségügyi intézmények által kiállított okiratok hiteles magyar fordításának másolata	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Kiskorú kedvezményezett esetén a törvényes képviselő, illetve gyámhatóság vonatkozó nyilatkozatának másolata	x	x	x	x	x	x	x				
A biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolata	x	x	x	x	x	x	x				
A halál közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratok másolatait	x	x	x	x	x	x	x				
Jogerős öröklési bizonyítvány vagy jogerős hagyatékadó végzés másolata	x	x	x	x	x	x	x				
Házi- vagy üzemorvosi, illetve állományilletékes orvosi betegkarton másolata				x	x						
Véralkohol vizsgálati eredmény másolata (ha készült)	x	x	x	x	x	x	x				
Toxikus anyagok szedésére vonatkozó vizsgálati eredmény másolata (ha készült)	x	x	x	x	x	x	x				
Baleseti jegyzőkönyv, vagy rendőrségi – munkahelyi baleset esetén munkahelyibaleseti jegyzőkönyv másolata (amennyiben ilyen készült)	x	x	x	x	x	x	x			x	
A közlekedési vállalat helyszínen felvett hivatalos jegyzőkönyvének másolatát, (amennyiben ilyen készült)	x	x	x	x	x	x	x			x	
Amennyiben a biztosított a jármű vezetőjeként sérült meg, a biztosított vezetői engedélyének és a jármű forgalmi engedélyének másolata	x	x	x	x	x	x	x			x	
A baleset után készült valamennyi orvosi dokumentáció másolata (lelet, vizsgálati eredmények), valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolása illetve az egészségkárosodás mértékének igazolása	x	x	x	x	x	x	x			x	
A balesetet követő egy, maximum két év után, a kezelő traumatológus vagy szakorvos által készített, a sérült testrésze vonatkozó, minden részletre kiterjedő státuszleírás					x					x	
Végállapotot leíró szakorvosi, kezelőorvosi dokumentáció másolata					x					x	

Bekérendő dokumentum	Folyamatos fekvőbeteg ellátás	Műtéti térítés	Gyógyulási támogatás	Kiemelt kockázatu betegségek	70 %-os össze-szervezeti egészség-károsodás	Csonttörés	Égési sérülés	Gyermek születése	Össejt-levétele	Nemzetközi második orvosi vélemény	A második évtől kármentesség esetén egy havi díjvisszatérítés
A kórházi tartózkodásról és az ellátásról szóló egészségügyi dokumentáció (vizsgálati eredmények, zárójelentés) másolata, amely tartalmazza a kórházi tartózkodás időtartamát, a kórtörténeti adatokat, a felállított diagnózisokat, az alkalmazott kezeléseket, valamennyi sérülés jellegének és mértékének igazolásával	x	x	x	x	x	x	x			x	
A sérült testrésszel kapcsolatban, a biztosítási esemény bekövetkezését megelőzően felállított orvosi diagnózisok, vizsgálatok, gyógykezelések leírását tartalmazó orvosi dokumentációk másolatai (ha létezik ilyen)	x	x	x	x	x	x	x			x	
A WHO kódot tartalmazó műtéti leírás		x		x	x		x			x	
Az égés kiterjedését és mértékét leíró orvosi dokumentum(ok) másolata					x		x				
Röntgen lelet, vagy orvosi dokumentáció másolata (zárójelentés), mely egyértelműen leírja a csonttörés tényét és az orvosi ellátás módját						x					
A kórházi ellátás napjainak igazolásáról szóló dokumentum másolata	x										
Orvosi ambuláns lapok másolatát				x	x	x	x				
Orvosi igazolás, beutaló másolatát				x	x						
Altatási jegyzőkönyv másolatát		x									
Kórlapok másolatát	x	x	x	x	x	x	x				
Ápolási lap és dokumentáció másolatát	x	x	x	x	x	x	x				
Labor eredmények másolatát	x			x	x						
Képalkotó műszeres vizsgálatok eredményeinek másolatát	x	x	x	x	x	x					
Össejt levételt igazoló dokumentumok és számla									x		
Gyermek születési anyakönyvi kivonata								x	x		
Várandósok kiskönyve								x			
Várandóságot először leíró orvosi dokumentum								x			
Várandósággal kapcsolatos orvosi dokumentumok								x			
Befizetési, átutalási bizonylat, az utolsó díjfizetést igazoló nyugta eredeti példányát	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A biztosított személyi igazolványának vagy születési anyakönyvi kivonatának másolatát	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
A súlyos egészségkárosodás megállapításra jogosult szerv orvosi határozatának másolata					x					x	
Súlyos egészségkárosodásra vonatkozó igény beadása dokumentuma(ai)nak másolata					x					x	
Súlyos egészségkárosodás következményekén megállapított járadékra, nyugdíjra, járandóságra vonatkozó határozat másolata					x						
Biztosított sporttagsági igazolványa, jogviszonyának igazolásra szolgáló dokumentumok másolatát	x	x	x	x	x	x	x				
A Szerződő személyi okmányainak másolata	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A Biztosított örökösének személyazonosságát igazoló iratok másolata	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
A Biztosított örökösének személyét igazoló öröklési bizonyítvány, hagyatékátadó végzés másolata	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Az igény érvényesítőjének a fentiek mellett lehetősége van a bizonyítás általános szabályai szerinti okirati bizonyítás lefolytatására.

A biztosítási szolgáltatás igénybevételéhez szükséges iratok beszerzésének költségeit annak kell viselnie, aki igényét a Biztosítóval szemben érvényesíti.

Az idegen nyelvű dokumentumokat magyar nyelven kell benyújtani, a magyar nyelvű hiteles fordítás költségei minden esetben az igény érvényesítőjét terhelik.

### 3. számú Függelék

#### MedHelp III. betegségbiztosítás szolgáltatási csomagjai és díjszabása

	Bázis	Standard	Optimum	Prémium
Folyamatos fekvőbeteg ellátás napi térítése (kórházi napi térítés)	5 000 Ft	7 500 Ft	10 000 Ft	25 000 Ft
Műtét 1.	25 000 Ft	50 000 Ft	100 000 Ft	125 000 Ft
Műtét 2.	50 000 Ft	100 000 Ft	200 000 Ft	250 000 Ft
Műtét 3.	100 000 Ft	200 000 Ft	400 000 Ft	500 000 Ft
Gyógyulási támogatás	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összege	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összeg	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összeg	7x, vagy 14x, vagy 28x a kórházi napi térítés összeg
Kiemelt kockázatú betegségek (a 1. számú Függelékben felsorolt 1–4. betegség) • Rosszindulatú daganatos betegség • Agyi érkatasztrófa • Szívizomelhalás (szívinfarktus) • Krónikus veseelégtelenség	–	500 000 Ft	–	–
Kiemelt kockázatú betegségek (a 1. számú Függelékben felsorolt mind a 35 betegség)	–	–	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft
70%-os össz-szervezeti egészségkárosodás	250 000 Ft	1 000 000 Ft	2 000 000 Ft	2 500 000 Ft
Csonttörés	10 000 Ft	15 000 Ft	25 000 Ft	50 000 Ft
Égés	100 000 Ft	200 000 Ft	500 000 Ft	2 000 000 Ft
Gyermek születése	50 000 Ft	75 000 Ft	100 000 Ft	100 000 Ft
Össejt-levétele	–	–	–	100 000 Ft

#### Díjfizetési gyakoriság szerinti pótdíjak:

- Féléves: 2%
- Negyedéves: 4%
- Havi: 6%

Adminisztrációs díj, amelyet a Biztosító felszámolhat: 10 000 Ft.



## Med Help III. betegségbiztosítási csomagok alapdíja Ft/év

### Lejárati kor 65 év

	Bázis	Standard	Optimum	Prémium
14	27 306	43 988	66 697	101 762
15	27 534	44 454	67 546	102 996
16	27 865	45 078	68 586	104 549
17	28 211	45 730	69 673	106 172
18	28 573	46 412	70 810	107 869
19	28 952	47 126	72 001	109 645
20	29 333	47 849	73 217	111 462
21	29 598	48 401	74 202	112 870
22	29 866	48 965	75 208	114 311
23	30 132	49 535	76 236	115 782
24	30 391	50 106	77 279	117 274
25	30 641	50 674	78 335	118 784
26	30 784	51 081	79 196	119 946
27	30 910	51 477	80 037	121 084
28	31 030	51 876	80 901	122 246
29	31 165	52 310	81 834	123 497
30	31 308	52 771	82 827	124 823
31	31 490	53 299	83 951	126 366
32	31 692	53 874	85 130	127 994
33	31 916	54 499	86 405	129 749
34	32 179	55 205	87 820	131 692
35	32 501	56 019	89 415	133 882
36	32 867	56 890	91 127	136 214
37	33 293	57 876	92 968	138 748
38	33 780	58 982	95 011	141 561
39	34 335	60 220	97 280	144 683
40	34 969	61 610	99 806	148 161
41	35 503	62 806	102 185	151 321
42	36 108	64 144	104 638	154 652
43	36 798	65 652	107 385	158 388
44	37 576	67 343	110 451	162 566
45	38 459	69 247	113 890	167 258
46	38 932	70 396	116 434	170 446
47	39 473	71 699	118 869	173 621
48	40 092	73 176	121 622	177 223
49	40 801	74 861	124 752	181 330
50	41 617	76 792	128 329	186 037
51	42 068	78 011	131 349	189 710
52	42 757	79 725	134 425	193 773
53	43 575	81 758	138 069	198 595
54	44 562	84 204	142 449	204 399
55	45 770	87 196	147 802	211 503

### Lejárati kor 70 év

	Bázis	Standard	Optimum	Prémium
14	29 252	48 306	74 229	112 154
15	29 511	48 844	75 200	113 552
16	29 868	49 533	76 355	115 257
17	30 240	50 250	77 558	117 032
18	30 628	50 997	78 813	118 883
19	31 033	51 777	80 123	120 814
20	31 440	52 568	81 461	122 788
21	31 740	53 203	82 589	124 390
22	32 046	53 853	83 744	126 031
23	32 350	54 512	84 926	127 708
24	32 651	55 177	86 129	129 415
25	32 946	55 843	87 351	131 148
26	33 143	56 366	88 402	132 572
27	33 329	56 885	89 444	133 988
28	33 511	57 412	90 518	135 440
29	33 711	57 980	91 667	136 989
30	33 922	58 579	92 881	138 622
31	34 171	59 246	94 226	140 469
32	34 444	59 965	95 635	142 411
33	34 740	60 736	97 143	144 485
34	35 076	61 589	98 790	146 748
35	35 469	62 548	100 613	149 249
36	35 905	63 566	102 553	151 896
37	36 399	64 696	104 622	154 742
38	36 951	65 940	106 883	157 853
39	37 567	67 308	109 355	161 253
40	38 255	68 818	112 064	164 979
41	38 861	70 167	114 656	168 448
42	39 532	71 650	117 327	172 083
43	40 281	73 287	120 262	176 083
44	41 108	75 086	123 477	180 471
45	42 024	77 071	127 012	185 302
46	42 723	78 644	130 155	189 398
47	43 501	80 387	133 274	193 579
48	44 366	82 321	136 727	198 218
49	45 332	84 474	140 565	203 384
50	46 414	86 879	144 846	209 155
51	47 014	88 370	148 087	213 248
52	47 689	90 044	151 004	217 129
53	48 452	91 933	154 293	221 511
54	49 321	94 080	158 026	226 492
55	50 317	96 534	162 291	232 190

#### 4. számú Függelék

### Műtéti térítések kivonatos listája

A jelen feltételekhez tartozó teljes körű műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a Biztosító honlapján ([www.uniga.hu/karbejelentés/Baleset és betegségbiztosítás/MedHelp III. műtéti lista](http://www.uniga.hu/karbejelentés/Baleset%20és%20betegségbiztosítás/MedHelp%20III.%20műtéti%20lista)) tekinthető meg, melyet kérésre – a biztosító írásban is a Szerződő rendelkezésére bocsát.

**Az alábbi lista tájékoztató jellegű, nem tartalmazza az adott eljárás során végezhető valamennyi beavatkozást, azokról a részletes MedHelp III. műtéti lista ad ismertetést. Felhívjuk Ügyfeleink figyelmét, hogy a Biztosító a műtéti térítés és az ahhoz kapcsolódó szolgáltatások teljesítésekor a részletes MedHelp III. műtéti lista, és a jelen biztosítási feltétel 1. számú Függelékében részletezettek, illetve a C.14. pontban leírtak alapján nyújt térítést.**

A biztosító által nem térített (0. csoportú) műtétek kivonatos tájékoztatója

<b>0. CSOPORT</b>	1. Izületitükrözés (arthroscopia)
	2. Gyomortükrözés (gastroscopia)
	3. Hasüreg tükrözése (laparoscopia)
	4. Mellüreg tükrözése (thoracoscopia)
	5. Nyelőcső tükrözése (oesophagoscopia)
	6. Gyomormosás
	7. Gyomor folyamatos leszívása
	8. Vastagbél tartalom kiürítése
	9. Bélmosás
	10. Művesekezelés
	11. Pacemaker és defibrillátor beültetése, cseréje
	12. Szívkatéterezés
	13. Biopszia a garat alsó vagy felső szakaszából
	14. Gerinccsapolás
	15. Bőr összevarrása (sutura cutis)
	16. Körülmetélés
	17. Gépi lélegeztetés
	18. Felkartörés helyretétele műtét nélkül
	19. Combcsonttörés helyretétele műtét nélkül
	20. Medencecsonttörés helyretétele műtét nélkül

<b>1. CSOPORT</b>	1. Bőrön keresztül történő dróttűzés
	2. Külső hallójárat képzése vagy helyreállítása
	3. Dobhártya plasztikája
	4. Idegentest eltávolítása az orrból műtéttel
	5. Mandula műtéti eltávolítása (tonsillectomia)
	6. Méhszáj plasztika
	7. Méh polyp eltávolítása
	8. Artéria katéterezés vagy kanülálás
	9. Májbiopszia műtéttel
	10. Izület ideiglenes áttűzése
	11. Külboka-szalag varrat
	12. Csontkinövés levésése
<b>2. CSOPORT</b>	1. Idegentest eltávolítása mágnessel a szemből
	2. Szaruhártya műtéti bemetszése
	3. Ujjizületi protézis
	4. Epineurális idegvarrat
	5. Arcsont-törés ellátása (minilemez, csavar)
	6. Combnyak-szegezés és -csavározás
	7. Achilles-ín szakadás rekonstrukciója
	8. VATS tüdőbiopszia
	9. Lépelvtávolítás
	10. Gyomor részleges eltávolítása
	11. Féregnyúlvány eltávolítás (vakbélműtét), nem endoszkópos
	12. Epehólyag eltávolítás, nem endoszkópos
	13. Féloldali petefészek eltávolítás, nem endoszkópos
<b>3. CSOPORT</b>	1. Teljes térdprotézis beültetés
	2. Csuklóprotézis
	3. Könyökprotézis
	4. TEP, teljes csípőprotézis
	5. Gerinctörés csontdarab kiemelése a gerinccsatornából
	6. Gerinc belső rögzítése
	7. Nyaki csigolya műtete
	8. Felső tüdőlebens eltávolítása
	9. Műanyag háló beépítése hasfali sérv műtétjéhez
	10. Vastagbél teljes eltávolítása
	11. Tüdőátültetés
	12. Szívátültetés
	13. Hasnyálmirigy-átültetés
	14. Veseátültetés
	15. Koponyaüregi daganat vagy cysta eltávolítása
	16. Nyitott szívmasszázs
	17. Érpótlás a medencei- és combverőér között
	18. Pitvari sérülés ellátása
	19. Üvegtest csere
	20. Műtét a közép-, illetve a belsőfülben
	21. Gége egy részének eltávolítása
	22. Hangréstágító műtét külső feltárásból
	23. Nyaki nyirokcsomók kiterjesztett eltávolítása

- Műtét a Biztosítottna a kockázatviselés tartama alatt végrehajtott olyan műtét (C.2. pont Fogalmaknál leírtak figyelembevételével) amely a Biztosítottnak a kockázatviselés tartama alatt bekövetkezett balesete vagy a kockázatviselés tartama alatt diagnosztizált betegsége miatt vált szükségessé,
- A térítés a Biztosító MedHelp III. műtéti listája alapján történik, e szerint az 0-től 3-ig terjedő osztályokba tartozik. A Biztosító a 0. csoportú műtétekre nem nyújt térítést.
- A Med Help III. betegségbiztosítási szerződéshez tartozó teljes körű műtéti lista a Biztosító ügyfélszolgálati tevékenységet is folytató irodáiban, valamint a Biztosító honlapján tekinthető meg, melyet – kérésre – a Biztosító írásban is a Szerződő rendelkezésére bocsát.
- Azon műtétek esetén melyek nem szerepelnek a listában a Biztosító Orvosszakértője állapítja meg, hogy mely műtéti csoportba sorolható. A Biztosító Orvosszakértőjének megállapítása független más orvosi vagy társadalombiztosítási szerv vagy testület, valamint más orvos szakértők megállapításaitól.



## 5. számú Függelék

### Tájékoztató az orvosi asszisztencia szolgáltatásról

#### Telefonon és online elérhető szolgáltatások:

- 24 órás orvosi call center és telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 461 1525
- Nemzetközi második orvosi vélemény
- Adaptív weboldal, mely PC-n, okos telefonon és tableten egyaránt elérhető: [www.mh24.hu](http://www.mh24.hu)
- Elérhető funkciók:
  - orvosi tanácsadás általános orvosi, nőgyógyászati és gyermekgyógyászati kérdésekben
  - online egészségfelmérés és hozzá kapcsolódó orvosi tanácsadás
  - diétás tanácsadás
  - egészségügyi szolgáltató kereső
  - szakorvosi ellátás és diagnosztikai vizsgálatok megszervezése
  - egyéni szűrési terv összeállítása és szűrővizsgálatok megszervezése
  - szolgáltatói díjkezdmények korlátlan igénybevétele

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

#### Díjkezdmény az egészségügyi szolgáltatóknál

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

#### Az Orvosi asszisztencia szolgáltatás igénybevételenek menete:

Hívja a +36 1 461 15 25 telefonszámot, ahol munkatársaink készséggel állnak rendelkezésére vagy keresse fel weboldalunkat a [www.mh24.hu](http://www.mh24.hu) címen, ahova az ajánlaton megadott e-mail címével tud belépni és ügyeit online tudja intézni. Együttműködő szolgáltató partnerünk a Teladoc Hungary Kft.

Érvényes: 2023. május 31-től

